FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

1963

46 N

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

LEFAIVRE François, Michel, René,

Né le 20 Juillet 1934, à Condé-sur-Noireau (Calvados)

Présentée et soutenue publiquement le 1962

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ALCOOLISME DANS LE CALVADOS.

Président : Mr. Léon MICHAUX, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
Cours Circulaires
9 Rue Dupuytren
PARIS (6e)
ODEon 91-59

Ets. GERMAIN
9, Rue Dupuytren
PARIS-VIe
1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1962 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

LEFAIVRE François, Michel, René,

Né le 20 Juillet 1934, à Condé-sur-Noireau (Calvados)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ALCOOLISME DANS LE CALVADOS.

Président : Mr. Léon MICHAUX, Professeur.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Ets. GERMAIN
9, Rue Dupuytren
PARIS-VI^e^
1962

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538124_0026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN : ..... Léon BINET,
Membre de l'Institut.

Ier ASSESSEUR : ..... Jean VERNE
2me ASSESSEUR : ..... Gaston CORDIER

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	(JAYLE (M.-F.) (SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la	

MM.

chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et Virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	(BINET (L.) (BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	(DOGNON (A.) (DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	(DESGREZ (P.) (POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) ..... MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
(Cochin ..... LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)
(Pitié ..... CORDIER (G.)
(Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
(Salpêtrière ..... SICARD (A.)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..... FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin) ..... MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..... GAUDART d'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..... MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié) ..... DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca) ..... FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..... DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) ..... CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales (Boucicaut ..... LENEGRE (J.)
(Broussais ..... SOULIE (P.)
(Cochin ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)

MM.

Cliniques médicales (Cochin ..... BROUET (G.)
(Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
(Lariboisière ..... SEZE (S. de)
(Pitié ..... DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (C.)

Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... GENNES (L. de)

Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) ..... DERÔT (M.)

Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)

Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales (Baudelocque ..... LACOMME (M.)
(Foch (Suresnes) ..... MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... RENARD (G.)

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)

Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... LELONG (M.)

Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)

Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BERNARD (E.)

Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)

Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... COSTE (F.)

Clinique stomatologique (Pitié) ..... DECHAUME (M.)

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)

Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)

Clinique toxicologique ..... GAULTIER (M.)

Clinique traumatologique ..... PADOVANI (P.)

Séméiologie médicale ..... DOMART (A.)

Séméiologie et clinique chirurgicales ..... POILLEUX (F.)

Clinique urologique (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... TURPIN (R.)

b)- Professeurs à titre personnel :

MM.

Médecine ..... (BOUR (H.)
(LHERMITTE (F.)
(PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie ..... (CABROL (C.)
(COUINAUD (C.)
(GILLOT (C.)
(OLIVIER (G.)

(GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)
(Pr. s. ch.

Anatomie pathologique ..... (ABELANET (R.)
(BUSSER (F.)
(CHOMETTE (G.)
(GOUYGOU (Ch.), M. conf.
(NEZELOFF (Ch.)
(ORCEL (L.)
(PAILLAS (J.)

Anesthésiologie ..... (KERN (E.)
(VOURC'H (G.)

(BARBIER (P.)
Bactériologie ..... (CHRISTOL (D.)
(LE MINOR (L.)
(TOURNIER (P.)

(BAULIEU (Et.)
(M. conf.
(BOURILLON (R.)
(CARTIER (P.)
Biochimie médicale ..... (DREYFUS (J.-Cl.)
(GONNARD (P.)
(KRUH (J.)
(JEROME (H.)

Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports ..... PLAS (F.)

(BOIRON (M.)
(DENOIX (P.)
Carcinologie ..... (MATHE (G.)
(SELIGMANN (M.)

MM.

Dermato-syphiligraphie	(CIVATTE (J.) (DUPERRAT (B.)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	(BESSIS (M.) (BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.) (DUHAMEL (G.)
Histologie	(COUJARD (R.), Pr. s. ch. (MAROIS (M.) (RACADOT (J.)
Hydrologie	(BESANÇON (F.) (CORNET (A.)
Hygiène	(BOYER (J.), Pr. s. ch. (BLANCHER (G.) (CORRE-HURST (Mme L.) (SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.)
Médecine légale	(DEROBERT (L.), Pr.s.ch. (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.) (HADENGUE (A.)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	(GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (LEVY (J.) (MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (SENEZE (J.) (SUREAU (C.) (THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P.) (DUBOIS (A.) (SARAUX (H.)
Orthopédie	(JUDET (R.) (MEARY (R.) (POSTEL (M.) (RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie	(DEBAIN (J.) (PIALOUX (P.)

MM.

Parasitologie ..... (GOLVAN (Y.)
(LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale ..... (BARCAT (J.)
(BINET (J.-P.)
(CAUCHOIX (J.)
(CERBONNET (G.)
(CHATELIN (C.-L.)
(DUBOST (Ch.)
(DUBOST (Cl.)
(FAUREL (J.)
(FLABEAU (F.)
(GARBAY (M.)
(GARNIER (H.)
(GAUDART d'ALLAINES (Cl. de)
(GERMAIN (A.)
(LATASTE (J.)
(LEVEQUE (B.)
(LOYGUE (J.)
(MERCADIER (M.)
(NATALI (J.)
(PELLERIN (D.)
(PERROTIN (J.)
(ROBERT (H.)
(THOMERET (G.)

Pathologie exotique ..... SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale ..... (BENHAMOU (J.-P.)
(BERTHAUX (P.)
(BOIVIN (P.)
(CROSNIER (J.)
(HARTMANN (L.)
(LOEPER (J.)
(MAURICE (J.)
(MIKOL (Cl.)
(RICHET (G.)

Pathologie médicale ..... (AUSSANNAIRE (M.)
(BOUVIER (J.)
(BOUVRAIN (Y.)
(BRICAIRE (H.)
(BRISSAUD (H.)
(BROCARD (H.)
(BUGE (A.)
(CATINAT (J.)
(CHRETIEN (J.)

MM.

Pathologie médicale (COBLENTZ (B.)
(CONTAMIN (F.)
(COURY (C.)
(ETIENNE (J.-P.)
(FREZAL (J.)
(FRITEL (D.)
(HENNEQUET (A.)
(HIMBERT (J.)
(HOUSSET (E.)
(LAROCHE (Cl.)
(LESOBRE (R.)
(MACREZ (C.)
(MOREAU (L.)
(NICK (J.)
(ROYER (P.)
(TOURNEUR (R.)
(WOLFROMM (R.)

Pédiatrie-Puériculture (JOSEPH (R.)
(LAFOURCADE (J.)
(LEPERCQ (G.)
(MANDE (R.)
(MOZZICONACCI (P.)
(POLONOVSKI (C.)
(ROSSIER (A.)
(VIALATTE (J.)

Pharmacologie (BOISSIER (J.)
(LECHAT (P.)

Physiologie (BARRES (G.)
(DEJOURS (P.)
(DURAND (J.)
(GIRARD, M. conf.
(HUGELIN (A.)
(SCHERRER (J.)

Physique médicale (CHANTEUR (J.)
(GOUGEROT (L.), M. conf.,
(Pr. s. ch.
(GREMY (F.), M. conf.
(MILHAUD (G.)
(PELLERIN (P.)
(ROUCAYROL (J.-Cl.)
(TUBIANA (M.), M. conf.

Pneumo-phtisiologie (KREIS (B.)
(MEYER (A.)
(RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	(DENIKER (P.) (DUCHE (D.) (FLAVIGNY (H.) (LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	(CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.), (M. conf. agr. (GRELLET (M.)
Thérapeutique	(CHASSAGNE (P.) (LAMOTTE (M.) (MARCHE (J.)
Urologie	(AUVERT (J.) (MOULONGUET (A.) (QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	(ABOULKER (P.) (AMELINE (A.), Pr.s.ch. (VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	(PERRAULT (M.) (RAMBERT (P.) (THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	(GRASSET (J.) (MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES (P.) (OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.), Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.), Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

MM. BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J.)

Secrétaire principal ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur ..... Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires ..... (Mmes CONTET (J.),
(FORGET (F.),
(Mlles LAURENT (H.),
(LE NOIR (G.),
(QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, L'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M A M È R E

Dont les sacrifices ont
permis mon acheminement
vers le titre de Docteur
en Médecine,

J'offre cet ouvrage avec
ma profonde affection.

A M A F E M M E

En modeste témoignage de
mon amour.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Léon MICHAUX

Professeur de Clinique
de Neuro-psychiatrie infantile

Médecin de la Salpêtrière

Nos respectueux remercie-
ments pour avoir bien voulu
présider notre thèse.

AU DOCTEUR H. COULEON

Qui me proposa le sujet de
cette thèse,

Qui m'aida grandement dans
la réalisation de celle-ci.

A MON BEAU-PÈRE,

Magistrat,

Sans l'aide duquel une grande partie de cet ouvrage n'aurait pu être réalisée.

A T O U S C E U X

QUE J'AI EU L'OCCASION DE METTRE A CONTRIBUTION :

MEDECINS - MAGISTRATS - ANCIENS BUVEURS -

SERVICES DE LA POPULATION

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE

L'ALCOOLISME

DANS LE CALVADOS

Introduction

L'Alcoolisme dans le Calvados ..... tout un programme ! Tout le monde sait que ce département est l'un des plus alcoolisés de France, mais personne ne sait, d'une façon précise, à quel degré cette alcoolisation est parvenue ces dernières années.

C'est là le but de ce travail que nous confia le Dr. COULEON, Président du Comité Départemental de Défense contre l'Alcoolisme, en nous donnant carte blanche ...

Nous sommes contraint de dire que nous n'avons pu atteindre le but fixé, dépassé par l'énormité de la tâche. Nous avons donc limité nos recherches à la seule ville de CAEN, principal centre urbain du département, en nous adressant aux médecins, aux psychiatres, aux magistrats et aux services de la Population.

Nous sommes également obligé de reconnaître que, même dans le cadre où nous nous sommes cantonné, les résultats obtenus sont inexacts, sachant pertinemment que si la statistique est déjà en elle-même "l'art raffiné du mensonge", elle l'est particulièrement lorsqu'il s'agit d'alcoolisme.

Nous pouvons cependant affirmer une chose: les chiffres que le lecteur trouvera sont des chiffres minimum, souvent largement au-dessous de la vérité.

A cette impossibilité de cerner d'une façon précise l'aspect actuel de l'alcoolisme dans le Calvados, nous sommes heureux d'opposer la précision

des réalisations et des projets d'avenir des organismes départementaux de lutte anti-alcoolique.

o
o o

Ce travail se propose deux buts :

I/- Donner un aperçu statistique de l'alcoolisme dans le département du Calvados et de ses répercussions sur les plans :

- médical,
- psychiatrique,
- judiciaire.

2/- Faire le point sur l'organisation de la lutte anti-alcoolique dans ce département, sur les résultats obtenus et sur ce qu'il reste à faire.

I / - APERÇU STATISTIQUE DE L'ALCOOLISME DANS LE C A L V A D O S

= L'établissement de ces statistiques et les remarques dont elles feront l'objet reposent sur l'étude que nous avons faite de :

A)- Sur le plan médical :

- Trois services de Médecine - Hommes du Centre Hospitalier Régional de CAEN,

- Trois services de Médecine - Femmes de ce même hôpital,

sur une période de six années, de 1955 à 1960.

Nous y ajouterons les conclusions tirées par le Pr. LEMENAGER en 1960 de l'étude des dossiers de 70 tuberculeux.

B)- Sur le plan psychiatrique :

- La totalité des services masculin et féminin de l'Hôpital psychiatrique du Bon Sauveur de CAEN (à l'exclusion des enfants),

sur une période de 24 ANS, de 1938 à 1961 inclus.

C)- Sur le plan judiciaire :

- CRIMES relevant de la COUR d'ASSISES de CAEN ;

- DELITS relevant du TRIBUNAL CORRECTIONNEL de CAEN ;

- ENFANCE COUPABLE ou EN DANGER relevant du TRIBUNAL DES ENFANTS de CAEN ;

sur une période de SIX ANNEES, de 1955 à 1960 inclus.

= Avant d'entamer cette étude, nous tenons à préciser les points suivants :

. Nous ne prétendons pas situer la position exacte du CALVADOS en matière d'alcoolisme, sur les trois plans que nous envisageons, puisque cette enquête n'a porté que sur les hôpitaux et tribunaux de CAEN.

. Toutefois, nous pensons que - CAEN étant la "capitale" du CALVADOS - cette vue partielle est un bon reflet des méfaits de l'alcoolisme dans ce département.

. Disons cependant que, dans deux cas, nous croyons avoir trouvé cette précision statistique si difficile à obtenir en matière d'alcoolisme :

1)- ALCOOLISME PSYCHIATRIQUE :

En effet, le BON SAUVEUR de CAEN est le seul hôpital psychiatrique du Calvados et draine la totalité des malades mentaux du département.

2)- ALCOOLISME et CRIMINOLOGIE :

La Cour d'ASSISES du département siège à CAEN.

A)- ALCOOLISME au CENTRE HOSPITALIER REGIONAL de C A E N

= Nous avons étudié les dossiers de la totalité des malades hospitalisés dans les six principaux services de médecine, de 1955 à 1960.

Le nombre total de ces dossiers s'élève à 13.571, répartis comme suit :

- 7.716 proviennent des 3 services principaux de Médecine - Hommes :

  . Salle Vastel,
  . Salle Lecoeur,
  . Pavillon X.

- 5.855 proviennent des 3 services principaux de Médecine - Femmes :

  . Salle Lesauvage,
  . Salle Bavent,
  . Pavillon IX rez-de-chaussée.

Ce chiffre total représente seulement les observations pour lesquelles un diagnostic précis a été posé.

PLAN DE TRAVAIL

1- Nous avons adopté la classification de PERRIN, qui divise la MALADIE ALCOOLIQUE en ses formes cliniques.

Nous étudierons donc successivement :

1)- l'ALCOOLISME AIGU, hospitalisation pour

ivresse.

2)- l'ALCOOLISME CHRONIQUE, comprenant :

a- L'alcoolisme DIGESTIF :

- Mineur, représentant en gros l'IMPREGNE, souffrant de troubles hépato-digestifs (anorexie, pituites, hémorroïdes, hématémèse), intriqués généralement à des troubles nerveux (cauchemars, trémulation, signes de la série polynévritique), mais qui ne présente pas encore de cirrhose ou de troubles nerveux majeurs.

- Majeur : la CIRRHOSE.

b- L'alcoolisme NERVEUX :

- DELIRIUM TREMENS et les états de PRE-DELIRIUM,

- POLYNEVRITE,

- Syndrome de KORSAKOFF,

- Encéphalopathie de GAYET-WERNICKE,

- DEMENCE ALCOOLIQUE.

2- Nous y ajouterons l'étude de celui que nous appelons le "MALADE IMPREGNE", hospitalisé pour une maladie autre que celle de l'alcoolisme, mais dont l'examen révèle un appoint éthylique certain.

3- Nous envisagerons séparément l'alcoolisme MASCULIN et l'alcoolisme FEMININ.

o

o o

I/- Alcoolisme Masculin

a- Pourcentage d'alcooliques par rapport au nombre total d'hospitalisés.

- Les trois services de Médecine précédemment cités ont hébergé 7.716 malades, au sujet desquels un diagnostic précis a été posé.

- Parmi eux, 2.686 présentaient une intoxication alcoolique certaine, soit 34,8 %, soit un peu plus du tiers des hospitalisés.

L'alcoolisme hospitalier régresse-t-il ?

- Certainement pas, si l'on considère le pourcentage d'alcooliques selon l'année (FIGURE 1) :

. Les années "les plus riches" sont 1957 (37,1 %) et 1960 (38,9 %).

. Sur une période de 6 ans, 1960 a le triste privilège de connaître un pourcentage d'alcooliques jamais atteint jusqu'alors.

b)- Caractères de l'alcoolisme observé.

Nous commencerons par :

I/- L'ETUDE du MALADE IMPREGNE.

= Sur les 2.686 alcooliques dénombrés, 1.067 sont entrés pour maladie avec appoint éthylique certain, ce qui nous donne un pourcentage de 39,7 %.

= Ce chiffre est certainement trop bas, car nous n'avons tenu compte que des malades dont l'observation notait une imprégnation éthylique manifeste : faciès couperosé, trémulation marquée, rêves professionnels, crampes des mollets, pituites matinales, gastralgies, tests hépatiques perturbés.

Nous sommes sûrement encore au-dessous de la vérité en disant que LA MOITIE des alcooliques hospitalisés en médecine sont des malades chez lesquels l'examen a décelé un appoint éthylique.

= Quelle est cette maladie qui a déterminé l'hospitalisation chez l'alcoolique ?

1)- Si l'on considère l'appareil qu'elle lèse, on constate que :

. Les maladies non spécifiques de l'APPAREIL RESPIRATOIRE sont les plus fréquentes.

Sur 1.067 maladies diagnostiquées, 180 relèvent de troubles de l'appareil respiratoire, soit 16,8 %.

Parmi celles-ci, arrivent en première place les pneumopathies aiguës : 66, soit 36,6 %. Puis, par ordre décroissant :

- Bronchite aiguë 42
- Pneumopathie chronique 26
- Grippe 22
- Asthme 20
- Pneumokoniose 3
- Broncho-pneumonie 2

. Les TROUBLES MENTAUX viennent aussitôt après.

149 des 1.067 alcooliques hospitalisés sont venus pour des troubles mentaux, soit 13,9 %, soit 1 ALCOOLIQUE sur 7.

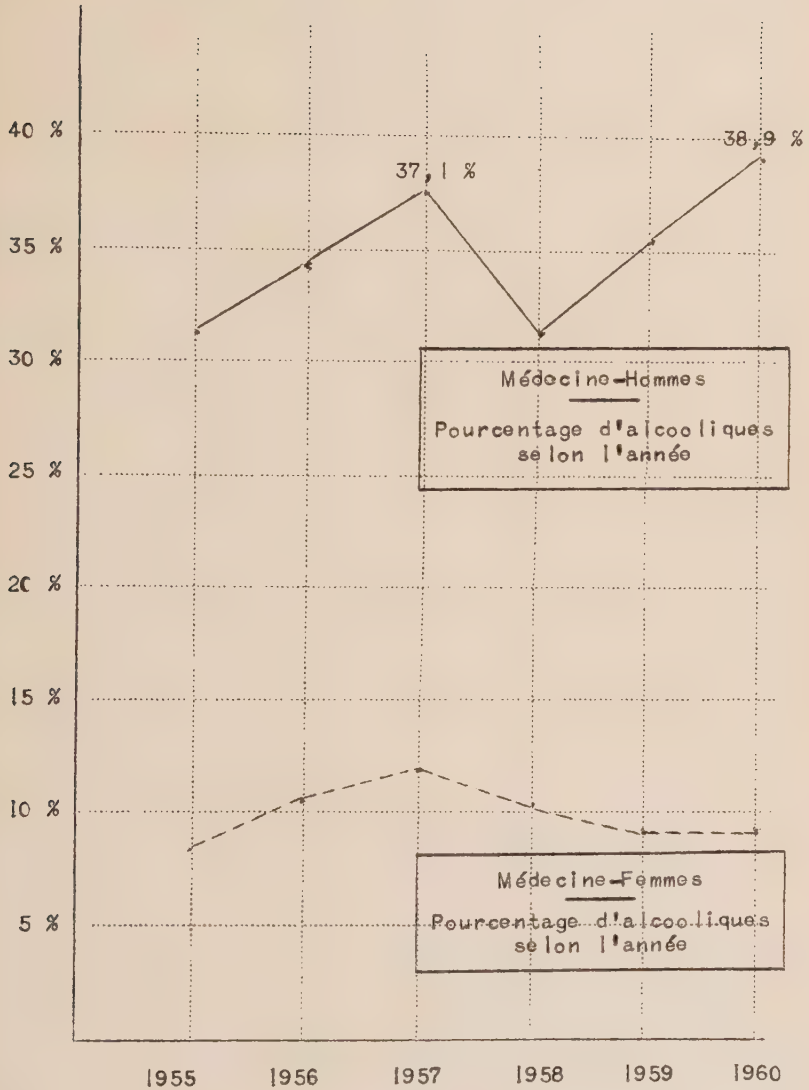

40 %
35 %
30 %
25 %
20 %
15 %
10 %
5 %
37,1 %
38,9 %
Médecine-Hommes
Pourcentage d'alcooliques
selon l'année
Médecine-Femmes
Pourcentage d'alcooliques
selon l'année
1955
1956
1957
1958
1959
1960

FIGURE 1

Les ETATS DEPRESSIFS occupent la première place : 49, soit le 1/3 des cas (32,8 %).

Puis, par ordre décroissant :

- Troubles mentaux non précisés .... 15,4 %
- Démence sénile ..... 11,4 %
- Atrophie cérébrale ..... 10,7 %
- Délire de persécution ..... 6,7 %
- Psychose hallucinatoire chronique. 5,3 %
- Troubles caractériels ..... 4,7 %
- Psychasthénie ..... 2,6 %

. L'EPILEPSIE vient en troisième position.

146 cas d'épilepsie, soit 13,6 %.

. Les maladies de l'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE ensuite .

135, soit 12,6 %.

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE vient en premier : 47 cas, soit 34,8 %.

Puis, par ordre décroissant :

- Hypertension artérielle ..... 27 cas
- Hémorragie cérébrale ..... 19 "
- Infarctus du myocarde ..... 6 "
- Angine de poitrine ..... 6 "
- Troubles du rythme ..... 6 "
- Ramollissement cérébral ..... 5 "
- Hémorragie méningée ..... 4 "
- Artériosclérose ..... 4 "
- Cardiopathie non précisée ..... 3 "
- Artérite chronique des M.I. ..... 3 "
- Valvulite compensée ..... 2 "
- Péricardite ..... 1 "

- Oedème aigu du poumon ..... 1 cas
- Embolie pulmonaire ..... 1 "

. MALADIE RHUMATISMALE : cinquième position.

57, dont 23 sciatiques.

. TUBERCULOSE : sixième position.

35, dont 30 localisations pulmonaires.

Dès le diagnostic fait, l'alcoolique tuberculeux est transféré dans un des services de phtisiologie.

2)- Si l'on considère maintenant quelles sont les maladies les plus fréquentes chez l'alcoolique :

1-	Epilepsie	13,6 %
2-	Pneumopathie aiguë	6,1 %
3-	Etat dépressif	4,5 %
4-	Insuffisance cardiaque	4,4 %
5-	Bronchite aiguë	3,9 %
6-	Syndrome subjectif post-commotionnel	3 %
7-	Tuberculose pulmonaire	2,8 %
8-	Hypertension artérielle	2,5 %

on constate la relative fréquence du SYNDROME SUBJECTIF POST-COMMOTIONNEL, séquelle d'un traumatisme crânien occasionné lors d'une conduite en état d'ivresse.

3)- Alcoolisme et cancer :

15 cancers ont été relevés :

- 6 tumeurs cérébrales,

- 4 cancers de l'estomac,
- 2 cancers de la prostate,
- 1 cancer pulmonaire,
- 1 cancer de l'oesophage,
- 1 cancer du colon.

4)- Alcoolisme et syphilis.

13 syphilis, dont 1 paralysie générale et 2 tabès.

5)- Alcoolisme et tuberculose.

- Nous n'avons, malheureusement, pas pu explorer les services de phtisiologie de l'hôpital de Caen comme nous l'avons fait pour les services de médecine.

- Nous donnerons, néanmoins, un aperçu de la question grâce à une statistique faite en 1960 par le Pr. LEMENAGER sur 70 malades tuberculeux :

A)- Facteurs étiologiques de l'éthylisme chez le tuberculeux.

Fréquence :"70 % des hommes occupant les lits de tuberculeux présentaient des signes d'éthylisme avéré...".

Age des malades : "L'âge moyen des tuberculeux alcooliques se situe autour de la cinquantaine.... Relèvement de la courbe de morbidité tuberculeuse masculine autour de la cinquantaine, en fonction directe de l'alcoolisme qui frappe électivement ce sexe".

Profession : "La grande majorité des tuberculeux alcooliques se recrutent parmi des ouvriers non qualifiés ou semi-qualifiés, des travailleurs manuels de plein air...".

Situation de famille : "La majorité des tuberculeux alcooliques sont fournis par des gens mariés,

avec un ou plusieurs enfants."

B)- Influence de l'alcoolisme sur la maladie tuberculeuse.

Ethylisme, facteur de gravité de la tuberculose:

"60 % de formes bilatérales excavées.

"32 % de formes avec insuffisance respiratoire importante.

"Présence de B.K. dans 80 % des cas, alors que l'on n'en trouve que dans 50 % des cas chez les tuberculeux éthyliques."

Ethylisme, facteur de rechutes :

"80 % de tuberculeux bacillaires recrutés parmi nos plus grands éthyliques demeurent émetteurs de bacilles après une durée moyenne de maladie de six ans et demi."

C)- Les obstacles au traitement créés par l'alcoolisme.

"... L'alcoolisme intervient surtout comme adjuvant aux intolérances nerveuses dont l'INH et la Cyclosérine sont les principaux auteurs...".

"... Mais l'obstacle majeur au traitement est le comportement aberrant de l'éthylique : ... du fait de sa névrose, de son irritabilité, de son instabilité et de l'opposition qu'il offre à tous les actes du traitement ..., il montre une telle irrégularité dans celui-ci qu'il ne manque pas de le faire apparaître comme une entreprise hasardeuse, difficile, bien souvent vouée à l'échec."

- Ce bilan pessimiste en matière d'alcoolisme tuberculeux reflète une situation qui n'est pas particulière au Calvados, mais généralisée à toute la France.

. . .

o o

II/- MALADIE ALCOOLIQUE.

1- ALCOOLISME AIGU.

- Ne représente qu'une faible part de la maladie alcoolique :

Seulement 123 cas d'ivresse sur notre lot de 2.686 alcooliques, soit 4,5 %.

- La moyenne d'âge est de 42,5 ans, ce qui laisse supposer que cet accident aigu vient en général se greffer sur un fond d'éthylisme chronique.

- Ces ivrognes sont toujours amenés par la police et ne séjournent que très peu de temps à l'hôpital :

soit qu'ils signent leur carte dès leur réveil,
soit que le chef de service les expulse pour indiscipline et perturbation de la salle.

- Les éthylémies pratiquées à l'entrée sont malheureusement trop peu nombreuses pour être exploitées.

2- ALCOOLISME CHRONIQUE.

I/- Alcoolisme digestif.

a)- Mineur.

- Nous avons précisé plus haut quelle était la définition - un peu arbitraire, il est vrai - de cette forme d'alcoolisme.

- Sur le plan pratique, il s'agit de l'"alcoolique chronique" envoyé à l'hôpital par son médecin pour une cure de désintoxication.

- Que disent les chiffres ?

. 832 alcooliques sont entrés uniquement pour subir une cure de désintoxication.

. Ils représentent donc 30,9 % de la population alcoolique totale et 10,7 % de la totalité des hospitalisés.

- Que peut-on en déduire ?

. L'imprégné venu se faire désintoxiquer représente la principale forme clinique de la maladie alcoolique.

. Il est un encombrement pour un service de médecine, puisque, sur 10 lits mis à la disposition des malades par l'hôpital, 1 est occupé par un alcoolique à désintoxiquer; et cette situation semble s'aggraver, car les hospitalisations pour cures de désintoxication, dont la fréquence avoisinait 10 % de 1955 à 1959, se sont sensiblement accrues en 1960 (12,7 %) (Cf. FIGURE 2).

. Cette pléthore d'alcooliques chroniques retentit sur la bonne conduite de la cure de désintoxication : celle-ci, en effet, ne comporte qu'une simple cure de sevrage associée à une thérapeutique de rééquilibration vitaminique. Puis, l'alcoolique cède son lit à un malade plus "sérieux" et retourne chez lui, nanti d'une ordonnance d'Espéral qu'il ne prendra pas.

Une autre modalité consiste à diriger cet indésirable vers l'Hôpital psychiatrique du Bon Sauveur, solution plus satisfaisante s'il n'y avait, là aussi, pléthore, comme nous le verrons plus loin.

. C'EST DIRE LA NECESSITE URGENTE DE LA CREATION DE SERVICES SPECIALISES, entièrement consacrés à ces cures de désintoxication.

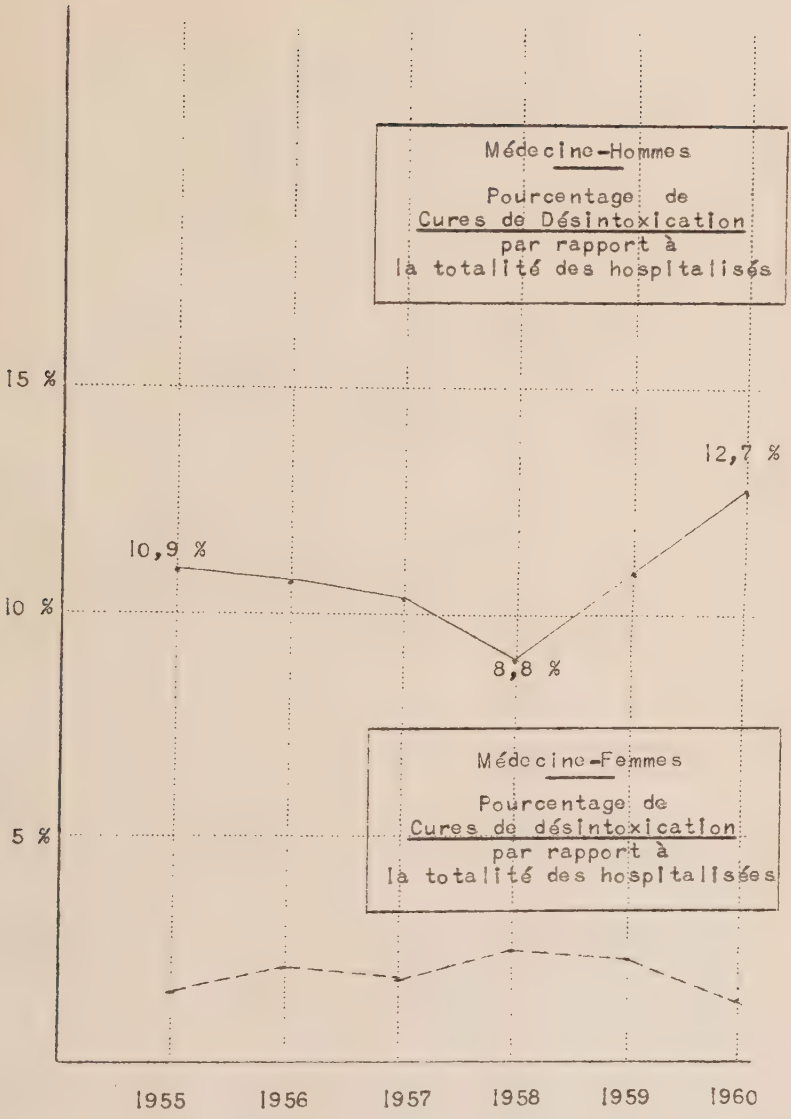

Médecine-Hommes
Pourcentage de
Cures de Désintoxication
par rapport à
la totalité des hospitalisés
15 %
10 %
5 %
10,9 %
8,8 %
12,7 %
Médecine-Femmes
Pourcentage de
Cures de désintoxication
par rapport à
la totalité des hospitalisés
1955
1956
1957
1958
1959
1960

FIGURE 2

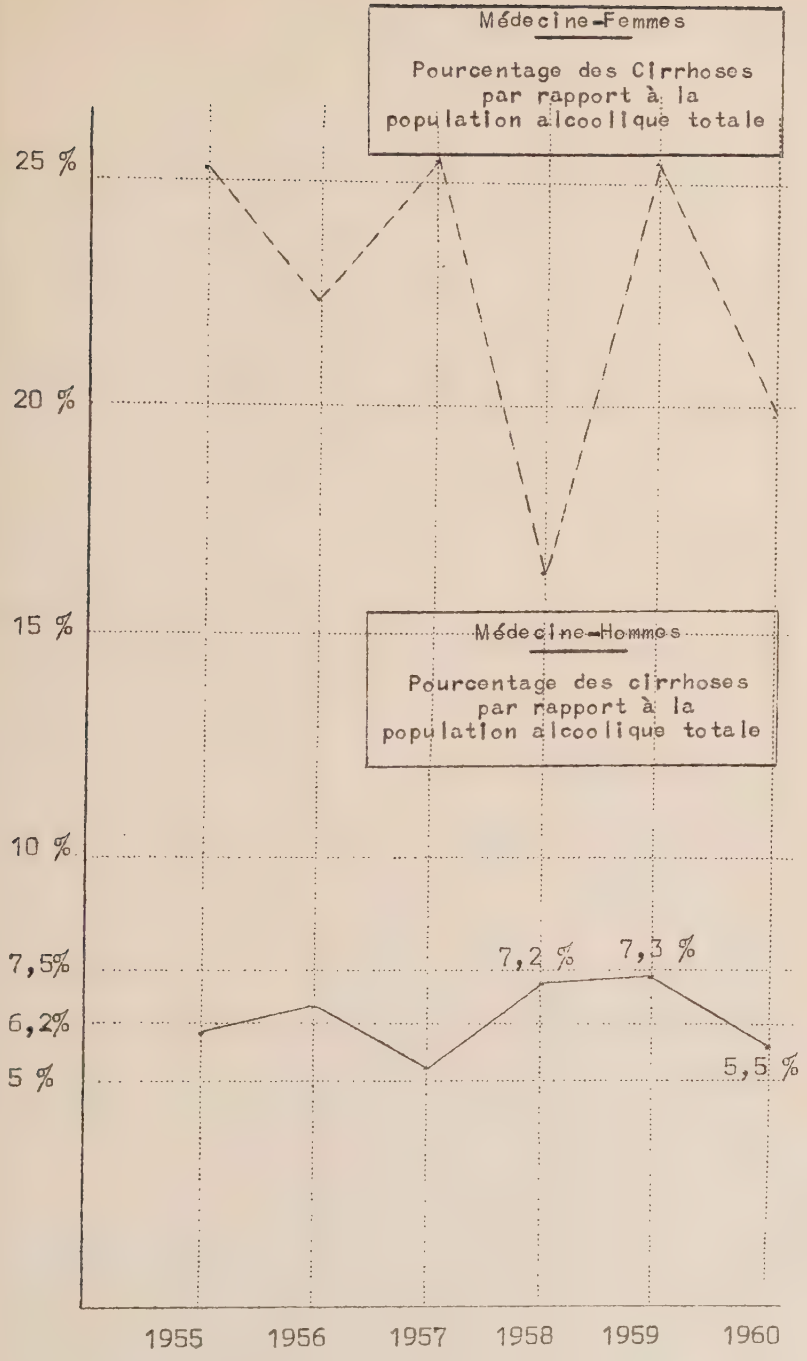

Médecine-Femmes
Pourcentage des Cirrhoses par rapport à la population alcoolique totale
25 %
20 %
15 %
Médecine-Hommes
Pourcentage des cirrhoses par rapport à la population alcoolique totale
10 %
7,5%
6,2%
5 %
7,2 %
7,3 %
5,5 %
1955
1956
1957
1958
1959
1960

FIGURE 3

b)- Majeur : la CIRRHOSE.

- 168 cirrhoses éthyliques en 6 ans, représentant 6,2 % de la population alcoolique totale.

. Ce pourcentage est faible, si on le compare à celui des Assises Nationales de Médecine de 1958 : entre 10 et 40 %.

. Maximum atteint en 1958 et 1959 ; chute sensible en 1960. (Cf. FIGURE 3).

- Mortalité par cirrhose :

. 48 de ces cirrhotiques en sont morts, soit 28,5 %, soit un peu plus du quart.

Dans 44 % des cas, il s'agit d'une hémorragie digestive (hématémèse en général) ;

Dans 40 % des cas, il s'agit d'une décompensation ;

Dans 16 % des cas, d'un coma hépatique.

. Les hémorragies digestives restent la complication la plus redoutable de la cirrhose :

1- par leur fréquence :

Dans notre statistique, 23,8 % des cirrhotiques sont entrés pour hémorragie digestive.

Les statistiques de PERRIN (24,5 %) et LEVRAT (25 %) sont du même ordre.

2- par la gravité de leur pronostic :

Dans notre statistique, 27,5 % en sont morts dans l'immédiat ou les jours suivants.

- CIRRHOSE : cause majeure de mortalité alcoolique.

. 132 alcooliques sont décédés de causes di-

verses en 6 ans.

. La cirrhose représente de loin la première de ces causes avec 36,3 % : un peu plus d'un alcoolique sur trois est mort de cirrhose. (Cf. FIGURE 10).

- Age moyen : 54 ans (Age moyen des statistiques officielles : 55 ans).

II/-. Alcoolisme nerveux.

a)- Delirium tremens et états de pré-delirium.

- Représente 15,5 % des entrées pour alcoolisme (418 pré-delirium tremens et delirium tremens sur 2.686 alcooliques).

. Par conséquent, forme clinique de la maladie alcoolique la plus fréquente après l'imprégné.

- Loin de régresser, puisque, sur 6 ans, l'année 1960 a vu le plus fort pourcentage (17,7 %) (Cf. FIGURE 4).

- Quel est le pourcentage respectif du delirium tremens et du pré-delirium tremens ?

. En valeur absolue, les delirium tremens sont beaucoup plus fréquents (67,7 %).

. Mais si l'on considère les pourcentages de l'un et l'autre en fonction du temps, on constate que (Cf. FIGURE 4) :

1- Le nombre de delirium tremens diminue très nettement depuis 1956 (14,3 % en 1956 contre 10,2 % en 1960).

2- Le nombre de pré-delirium tremens n'a cessé d'augmenter depuis 1956 (3 % en 1956 contre 7,5 % en 1960).

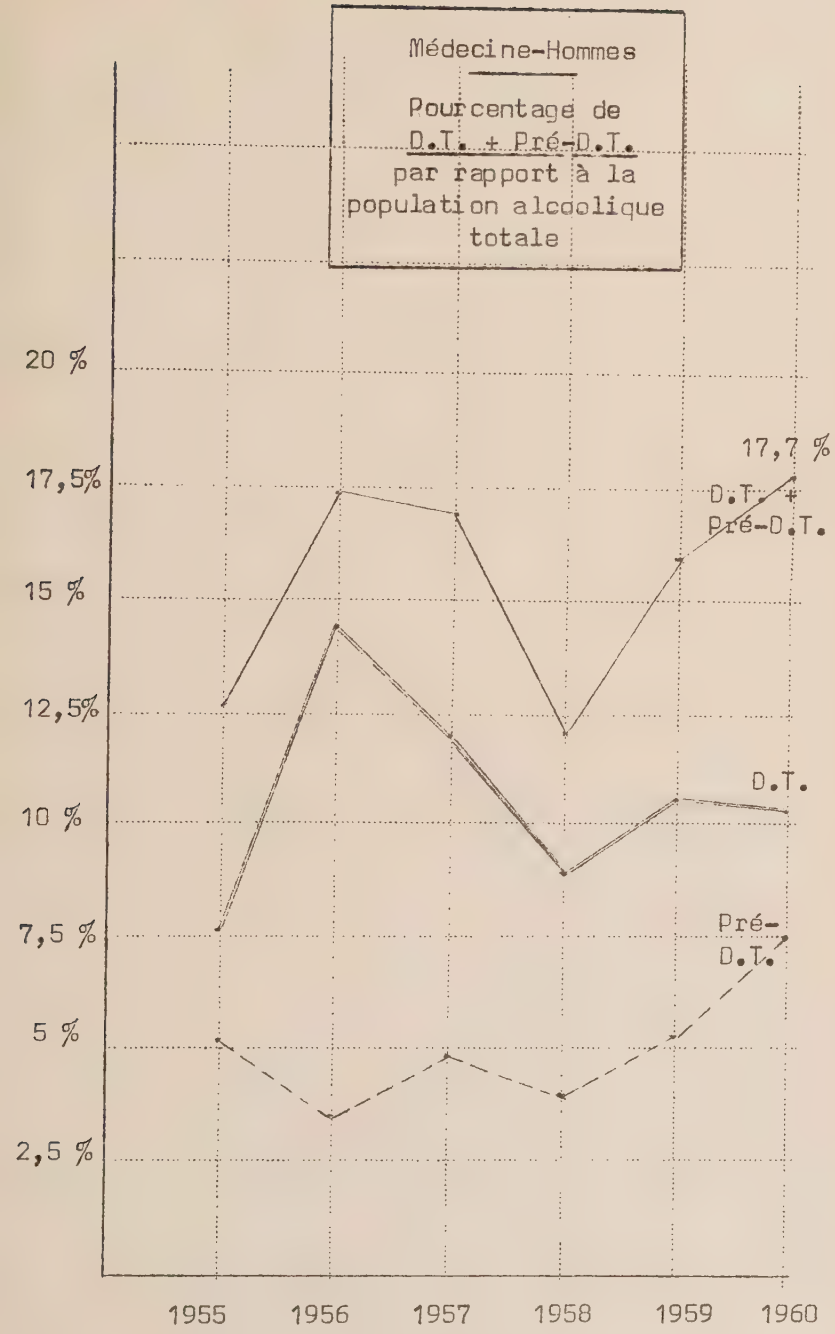

Médecine-Hommes
Pourcentage de
D.T. + Pré-D.T.
par rapport à la
population alcoolique
totale
20 %
17,5%
15 %
12,5%
10 %
7,5 %
5 %
2,5 %
17,7 %
D.T. +
Pré-D.T.
D.T.
Pré-
D.T.
1955
1956
1957
1958
1959
1960

FIGURE 4

• De 1956 à 1960, les délirium tremens ont diminué de 4,1 %, ce fléchissement étant compensé par un accroissement de 4,5 % des pré-delirium tremens.

- Il est intéressant de comparer ces observations à celles effectuées par le Pr. MORICE à propos des pourcentages respectifs des delirium tremens et pré-délirium tremens relevés dans les quatre services de chirurgie de ce même hôpital, de 1954 à 1957:

• "Le nombre de delirium tremens a augmenté modérément, mais certainement."

• "Le nombre de pré-delirium tremens a triplé".

- La conclusion qu'en tire le Pr. MORICE sera la nôtre :

"L'opinion qui tend à s'établir dans certains milieux, d'après laquelle l'alcoolisme, en particulier dans ses manifestations nerveuses aiguës, avait tendance à diminuer, est faussée par le fait des résultats excellents obtenus par le traitement contre les états prédélirants qu'elle empêche, dans la plupart des cas, de se transformer en delirium tremens".

- Mortalité alcoolique par delirium tremens.

Sur les 132 alcooliques décédés en 6 ans, 35 sont morts de délirium tremens pur ou aggravé par une maladie déclenchante, soit 26,5 % (Cf. FIGURE 10).

Deuxième cause de décès des alcooliques, après la cirrhose, un alcoolique sur quatre est mort de delirium tremens.

- Age moyen : 45,5 ans.

b)- Polynévrite éthylique.

- Représente 2,2 % des entrées pour alcoolisme (60 polynévrites sur 2.686 alcooliques).

- Sa fréquence reste sensiblement stationnaire depuis 1957 (Cf. FIGURE 5).

- Age moyen : 51,8 ans.

c)- Encéphalopathie de Gayet-Wernickè.

- Représente 0,29 % des entrées pour alcoolisme (8 sur 2.686 alcooliques).

- L'âge moyen est de 53,8 ans.

d)- Psychose de Korsakoff et démence alcoolique

sont tout aussi rares, avec des pourcentages respectifs de 0,22 % et 0,1 %, l'âge moyen du Korsakoff étant de 50,2 ans.

o
o o

Profession de l'alcoolique

- Nous avons relevé 1.759 professions sur nos 2.686 observations d'alcooliques.

- Résultats :

. DANS L'IMMENSE MAJORITE DES CAS, IL S'AGIT D'OUVRIERS NON QUALIFIES OU SEMI-QUALIFIES, la plupart de ceux-ci étant des travailleurs manuels de plein air (Cf. FIGURE 6) :

- Manoeuvre ..... 21,9 %
- Cultivateur + O. agricole ..... 20,7 %

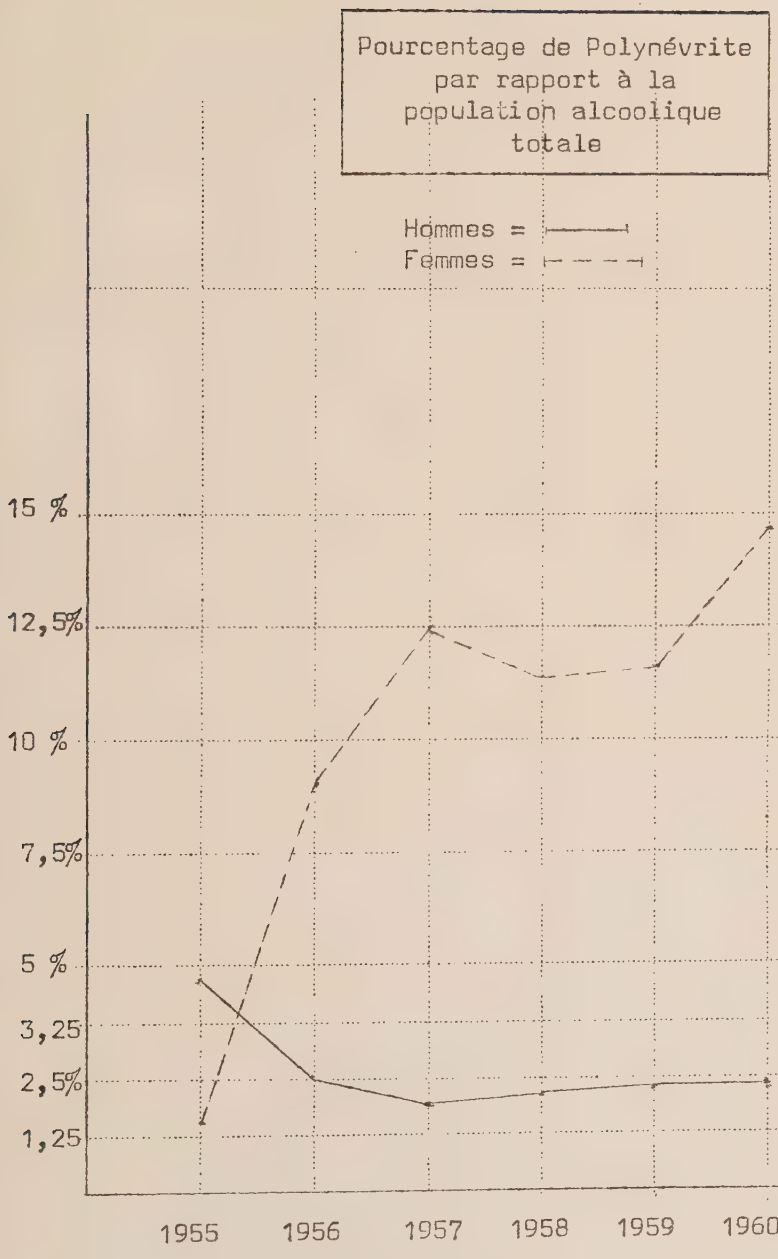
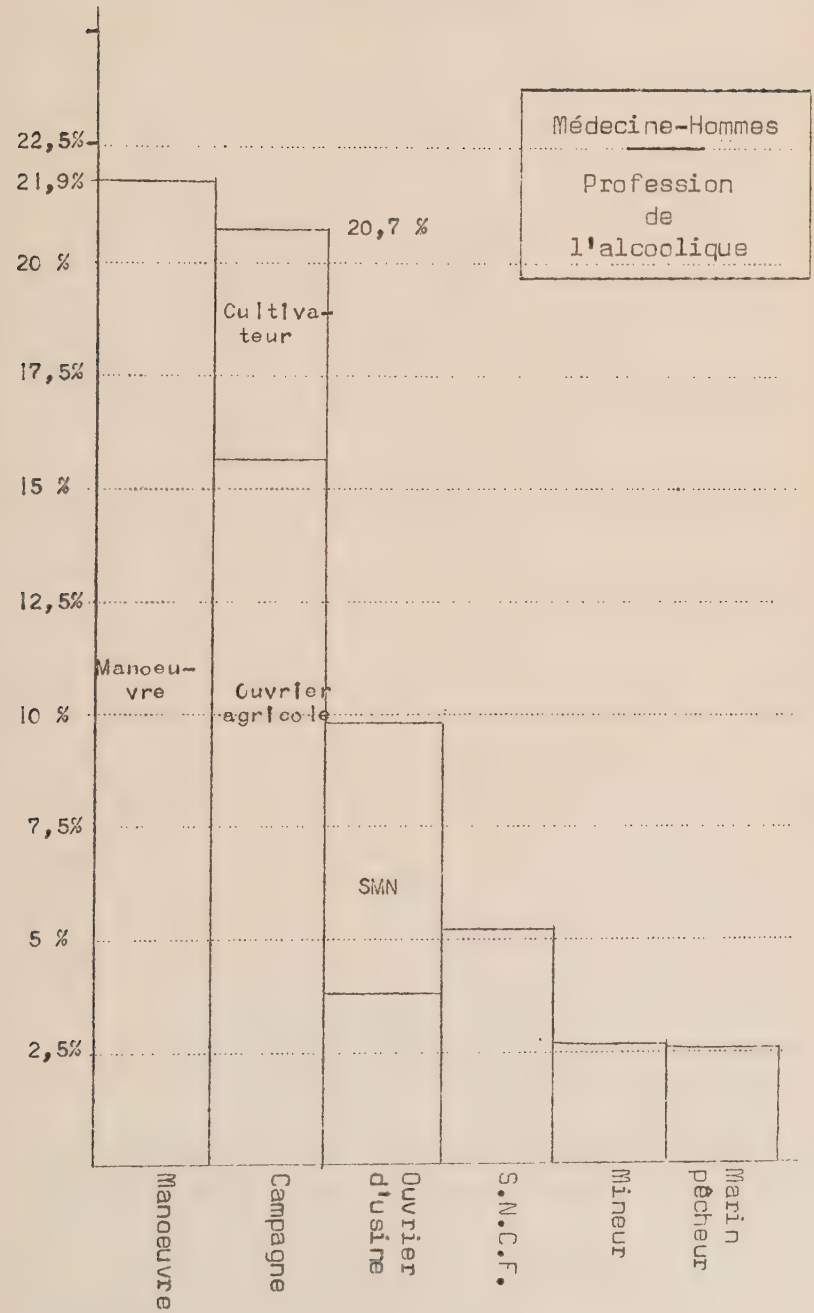

Pourcentage de Polynévrite par rapport à la population alcoolique totale
Hommes =
Femmes =
15 %
12,5%
10 %
7,5%
5 %
3,25
2,5%
1,25
1955
1956
1957
1958
1959
1960

FIGURE 5

FIGURE 6


Médecine-Hommes
Profession de l'alcoolique
22,5%
21,9%
20 %
17,5%
15 %
12,5%
10 %
7,5%
5 %
2,5%
20,7 %
Cultivateur
Manoeuvre
Ouvrier agricole
SMN
Manoeuvre
Campagne
Ouvrier d'usine
S.N.C.F.
Mineur
Marin pêcheur

- Ouvrier d'usine ..... 9,7 %
- Cheminot ..... 5,2 %
- Mineur ..... 2,7 %
- Marin pêcheur ..... 2,6 %
- Clochard ..... 2,5 %
- Cantonnier ..... 2 %
- Jardinier ..... 1,9 %

. La plupart des ouvriers d'usine travaillent à la Société Métallurgique Caennaise.

. La relative fréquence des professions de mineur et marin pêcheur tient, d'une part à l'exploitation d'importantes mines de fer dans le sud du département, d'autre part à la situation géographique du Calvados ouvert au Nord sur la mer.

. Nous n'avons noté qu'un pourcentage très faible de professions classiquement exposées (cafetier, hôtelier).

Durée moyenne d'hospitalisation

- L'alcoolique séjourne en moyenne 22 JOURS à l'hôpital, contre 15 chez les autres malades, soit une semaine de plus.

o
o o

ESSAI DE REPARTITION GEOGRAPHIQUE DE L'ALCOOLISME MASCULIN DANS LE CALVADOS

- Nous avons simplement essayé de donner un aperçu de la question d'après les données fournies par le seul hôpital de Caen.

- Pour imparfaits qu'ils soient, nous pensons cependant que les résultats de cette enquête peuvent avoir leur utilité.

Plan de travail

Nous avons considéré CAEN comme centre géographique du département (Cf. FIGURE 7) et nous avons divisé le département en 4 secteurs géographiques, respectivement situés :

- au NORD-EST)
- au NORD-OUEST) de CAEN.
- au SUD-EST)
- au SUD-OUEST)

Résultats

Dans 840 observations, la mention du lieu d'habitation de l'alcoolique nous a permis de savoir de quelle région géographique il provenait.

1)- La région située au NORD-OUEST de Caen a fourni, en 6 ans, 37 % des alcooliques des quatre régions du département.

Plus du tiers des alcooliques proviennent de cette région, ce qui n'est pas étonnant quand on remarque que c'est dans cette région que se trouvent réunies la majorité des grosses industries du département (SMN, SNC, Cimenteries, Cégédur).

La densité d'alcoolisation n'est pas uniforme :

- Les localités situées dans les alentours immédiats des centres industriels :

- Mondeville
- Colombelles
- Giberville
- Blainville
- Hérouville
- Hérouvillette
- Biéville
- Ranville
- Cuverville
- Dives-sur-Mer

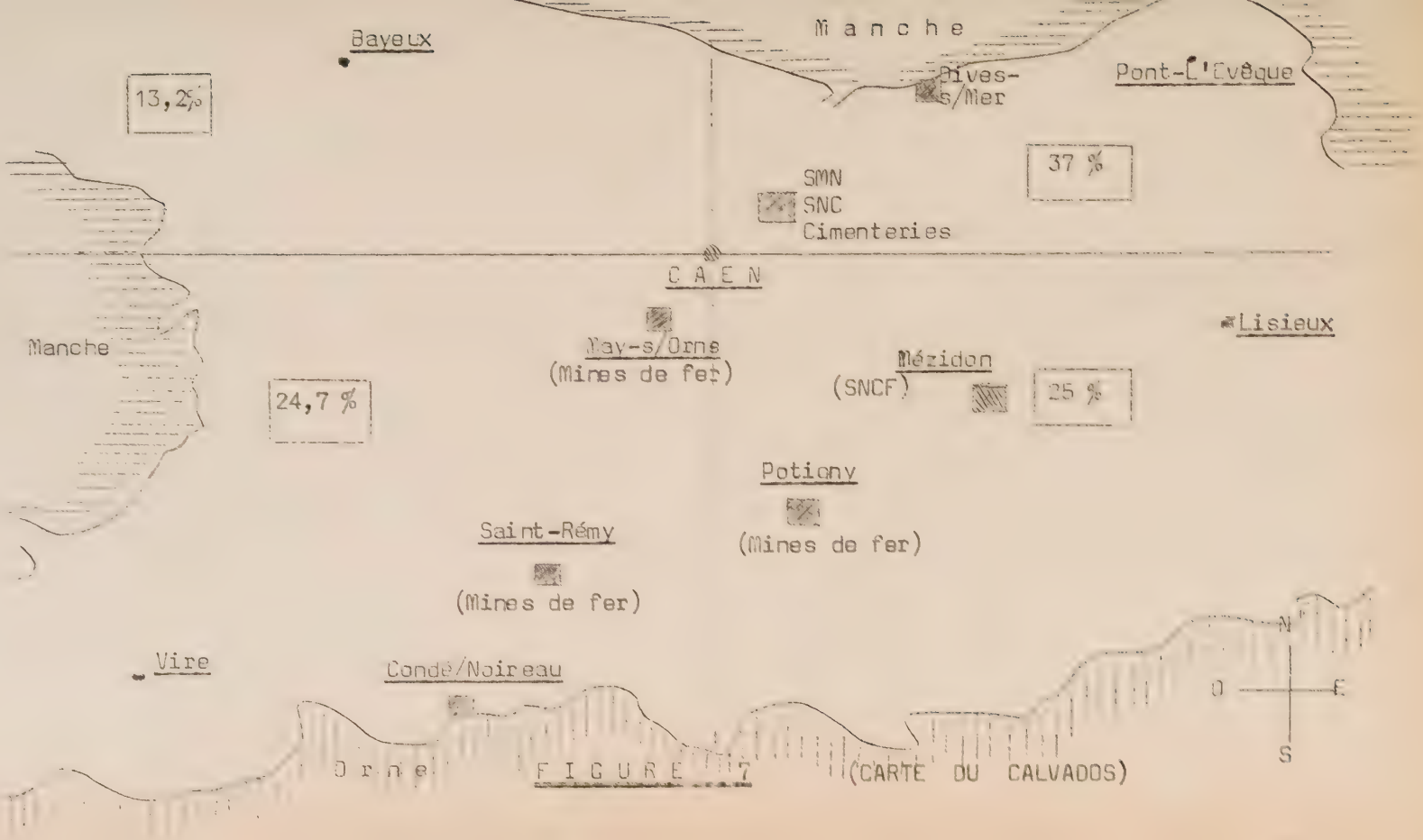


FIGURE 7 (CARTE DU CALVADOS)

fournissent à elles seules LA MOITIE (52,4 %) des alcooliques de cette région.

- L'autre moitié se répartit entre le LITTORAL (28 %) et l'intérieur des terres (20 %).

2)- La région située au NORD-OUEST de Caen semble la région la moins alcoolisée, avec 13,2 %.

C'est également la région la moins industrialisée.

Il s'agit ici d'un alcoolisme de campagne, réparti d'une façon à peu près uniforme, associé à un assez fort alcoolisme côtier (pour 3 alcooliques fournis par la campagne, le littoral en fournit 2).

3)- La région située au SUD-EST de Caen, avec 25 %, représente le quart de la population alcoolique du Calvados.

Deux zones particulièrement "rouges" (Cf. FIGURE 7) :

1- Mézidon (important centre ferroviaire),

2- Secteur minier de Potigny (mines de fer).

4)- La région située au SUD-OUEST de Caen :

Même densité alcoolique que le Sud-Est (24,7 %).

Trois zones "rouges" (Cf. FIGURE 7) :

1- Secteur minier de May-sur-Orne (mines de fer).

2- Secteur minier de Saint-Rémy (mines de fer).

3- Condé-sur-Noireau (zone industrielle importante).

CONCLUSIONS

. Le Nord-Est du Calvados connaît le plus fort pourcentage d'alcooliques du département. Il s'agit surtout d'un alcoolisme d'USINE.

. Dans les trois autres régions, on retrouve surtout un alcoolisme de CAMPAGNE :

- teinté d'alcoolisme MINIER et INDUSTRIEL dans les régions Sud-Est et Sud-Ouest, cet alcoolisme étant responsable des "zones rouges" que connaissent ces régions ;

- pratiquement à l'état pur dans le Nord-Est du département.

II/- A l c o o l i s m e F é m i n i n

a- Pourcentage d'alcooliques par rapport au nombre total d'hospitalisées.

- Les trois services de Médecine - Femmes étudiés ont vu passer, en 6 ans, 5.855 malades parmi lesquelles nous avons relevé 564 alcooliques, soit 9,6 %.

- UN LIT sur 10 est occupé par une alcoolique.

. L'alcoolisme féminin, quoique non négligeable, reste beaucoup moins fréquent que chez l'homme.

- Depuis 1955, l'alcoolisme féminin hospitalier semble stationnaire (Cf. I). Une légère régression paraît même s'amorcer depuis 1957.

b- Caractères de l'alcoolisme observé.

Nous suivrons le même plan que chez l'homme.

I/- MALADE IMPREGNEE (MALADIE + APPOINT ETHYLIQUE).

. Parmi notre lot de 564 éthyliques, 223 sont entrées pour maladie compliquée d'appoint éthylique, soit 39,5 %.

. Là encore, il nous a paru intéressant d'étudier la cause de la maladie qui a motivé l'hospitalisation :

1)- Si l'on considère l'appareil lésé par la

maladie, on constate que :

. les TROUBLES MENTAUX viennent en première position.

- 40 hospitalisations pour troubles mentaux avec appoint éthylique, soit 17,9 %, soit UNE ALCOOLIQUE SUR SIX :

Etats dépressifs	13
Névropathes	8
Troubles mentaux non précisés ...	6
Atrophie cérébrale	3
Débilité mentale	3
Démence sénile	2
Accès maniaque	2
Démence précoce	1
Pithiatisme	1

- Il faut y ajouter 5 tentatives de suicide.

. Les maladies non spécifiques de l'APPAREIL RESPIRATOIRE viennent ensuite :

- Au nombre de 33, soit 14,7 %.

- Comme chez les hommes, les pneumopathies aiguës sont les plus fréquentes (20, soit 60,6 %), avec cette différence que, chez la femme alcoolique, celles-ci sont presque deux fois plus fréquentes.

. Les maladies CARDIO-VASCULAIRES viennent en troisième position.

- Au nombre de 30, soit 13,4 %.

- L'HYPERTENSION ARTERIELLE occupe la

première place : 10, soit le 1/3 des troubles cardio-vasculaires retrouvés chez la femme alcoolique. Puis, par ordre décroissant :

- Insuffisance cardiaque .... 23,3 %
- Hémorragie cérébrale
- Phlébite des M.I.
- Oedème aigu du poumon
- Troubles du rythme

2)- Si l'on considère maintenant quelles sont les maladies les plus fréquentes chez la femme alcoolique :

1- Misère physiologique ..... 12,1 %
2- Pneumopathie aiguë ..... 8,2 %
3- Etat dépressif ..... 5,8 %
4- Epilepsie ..... 5,3 %
5- H.T.A. ..... 4,4 %

- On constate que la MISERE PHYSIOLOGIQUE occupe la première place : l'alcoolisme semble particulièrement favoriser la déchéance physique chez la femme.

. En moyenne, ce sont des femmes âgées de 64 ans dont 1 sur 5 est morte à l'hôpital.

- Par contre, AUCUN syndrome subjectif post-commotionnel chez la femme alcoolique : les accidents de la route imputables à une conduite en état d'ivresse n'atteignent que les hommes.

o o

II/- MALADIE ALCOOLIQUE.

1- ALCOOLISME AIGU.

- Très faible pourcentage, puisque les 6 années

n'ont vu que 12 entrées pour ivresse.

- Ne représente que 2,1 % de la population alcoolique totale.

- Deux fois moins fréquent que chez l'homme.

- Par contre, la moyenne d'âge est sensiblement la même : entre 40 et 45 ans, ce qui suppose, là aussi, que l'ivresse constatée n'est qu'un épisode aigu sur un fond d'éthylisme chronique.

2- ALCOOLISME CHRONIQUE.

I/- Alcoolisme digestif.

a)- Mineur : Entrée pour cure de désintoxication.

- 109 cures de désintoxication pratiquées en 6 ans, ce qui représente :

19,3 % de la population alcoolique totale,

1,8 % de la totalité des hospitalisées.

- Ces chiffres montrent :

. que la femme imprégnée n'encombre pas les services, comme cela se passe chez les hommes : elle n'occupe, en effet, que 2 lits sur 100 ;

. qu'en tant que forme clinique de la maladie alcoolique, elle n'occupe que la deuxième place, la femme cirrhotique venant en premier (Cf. FIGURE 8).

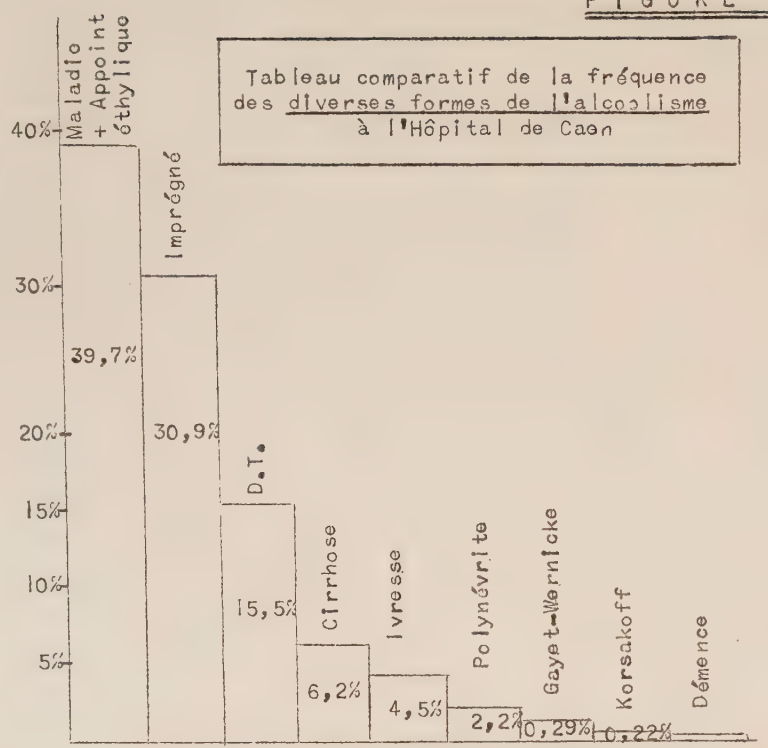
- Contrairement à ce qui se passe chez les hommes, ce mode d'alcoolisme a tendance à diminuer : sur 6 ans, 1960 a connu le pourcentage le plus bas (Cf. FIGURE 2).

b)- Majeur : la Cirrhose.

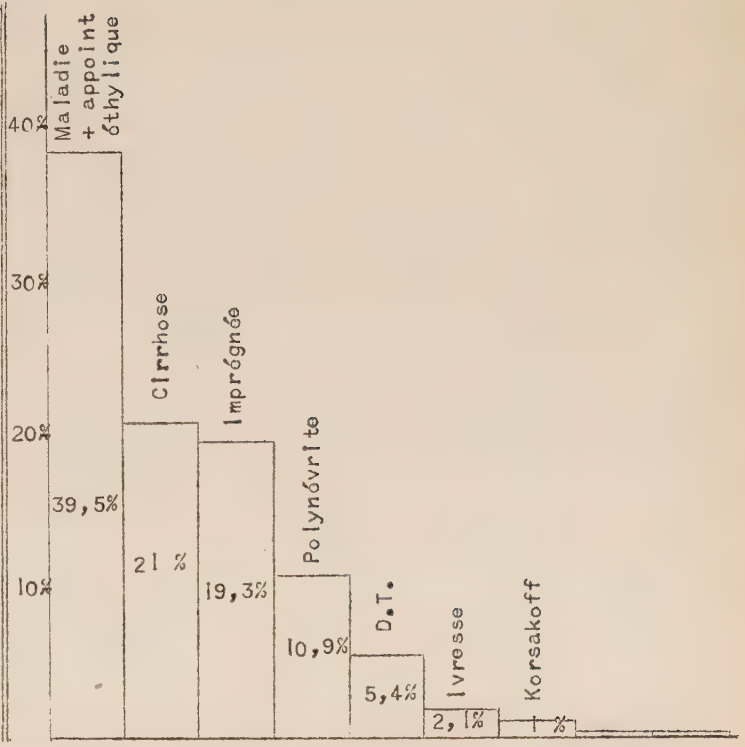
- 119 cirrhoses éthyliques, soit 21 % de la po-

FIGURE 8

Tableau comparatif de la fréquence des diverses formes de l'alcoolisme à l'Hôpital de Caen



Chez L'HOMME



Chez la FEMME

pulation alcoolique totale.

- Presque 4 fois plus fréquente que chez l'homme, elle représente la première forme clinique de la maladie alcoolique chez la femme (Cf. FIGURE 8).

- Mortalité par cirrhose :

. Sur les 119 cirrhoses hospitalisées, 45 en sont mortes, soit 37,8 %, soit plus du 1/3.

- Dans 44,4 % des cas, il s'agit d'une mort par cirrhose décompensée.

- Dans 33,3 % des cas, il s'agit d'une mort par coma hépatique.

- Dans 22,2 % des cas, il s'agit d'une mort par hémorragie digestive.

. L'hémorragie digestive, là aussi, est d'un très mauvais pronostic : une fois sur deux, la malade en est morte.

- Cirrhose : cause majeure de mortalité alcoolique.

En 6 ans, 59 femmes alcooliques sont décédées de causes diverses.

La cirrhose, à elle seule, en a tué 45, soit 76,2 %, soit les 3/4.

- Age moyen : 53 ans (même âge, à un an près, que chez l'homme).

II/- Alcoolisme nerveux.

a)- Delirium tremens et états de pré-delirium.

- Avec 31 pré-delirium et delirium tremens en six ans, cette forme d'alcoolisme ne représente que 5,4 % de la population alcoolique féminine totale, trois fois moins fréquente que chez l'homme (Cf.

FIGURE 8).

- Pourcentage respectif du delirium tremens et du pré-delirium tremens.

. En valeur absolue, les delirium tremens sont deux fois plus nombreux que les pré-delirium tremens.

. Mais, en fonction du temps, on constate, comme chez les hommes, que :

1- Le nombre des delirium tremens diminue depuis 1958.

2- La fréquence des pré-delirium tremens s'est accrue d'une façon importante (Cf. FIGURE 9).

. L'explication de ce phénomène est évidemment la même que chez l'homme.

- Mortalité alcoolique par delirium tremens : 1,6 %.

. Le delirium tremens chez la femme n'a qu'une influence négligeable sur la mortalité alcoolique.

- Age moyen : 49 ans.

b)- Polynévrite éthylique.

- Représente 10,9 % de la population alcoolique féminine totale (62 sur 564 alcooliques).

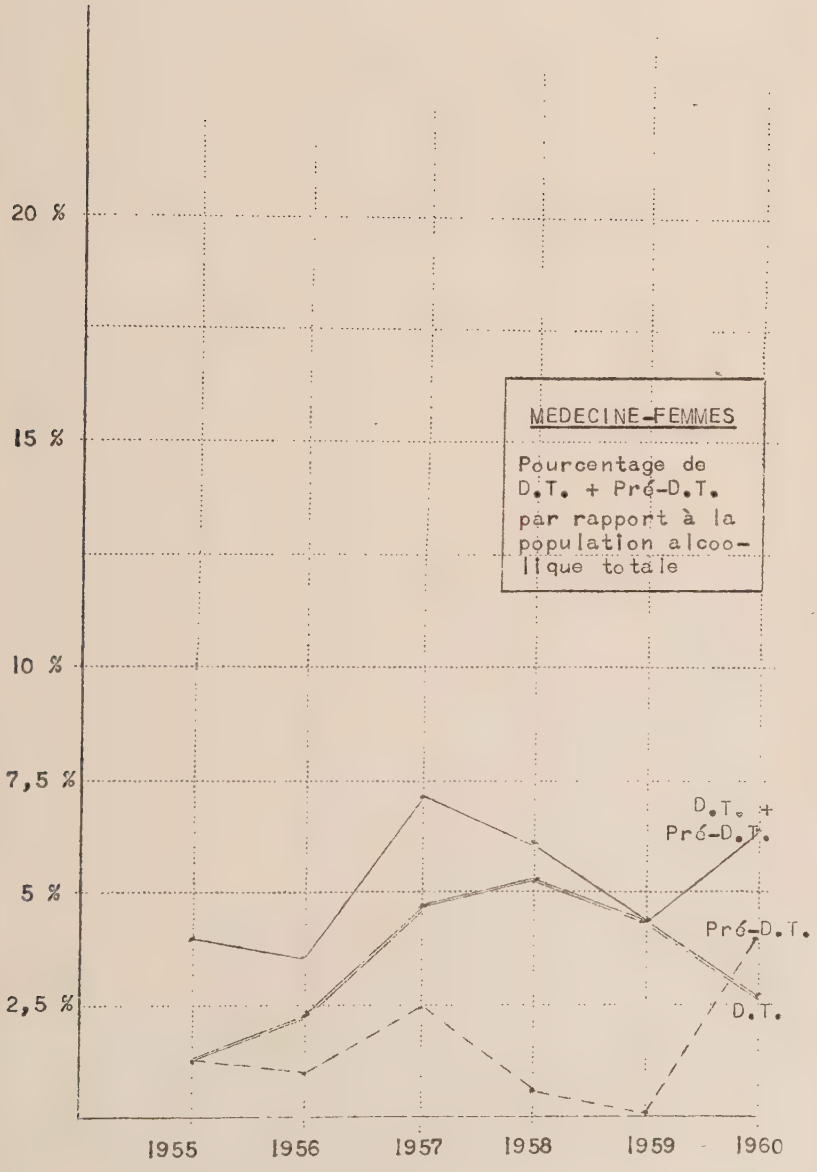
- Cinq fois plus fréquente que chez l'homme, l'âge moyen est sensiblement le même : 51,5 ans.

- Sa fréquence semble augmenter (Cf. FIGURE 5) régulièrement depuis 1955.

c)- Psychose de Korsakoff.

- Représente 1 % des entrées pour alcoolisme.

FIGURE 9


20 %
15 %
10 %
7,5 %
5 %
2,5 %
MEDECINE-FEMMES
Pourcentage de D.T. + Pré-D.T. par rapport à la population alcoolique totale
D.T. + Pré-D.T.
Pré-D.T.
D.T.
1955
1956
1957
1958
1959
1960

- Age moyen : 50 ans (même âge que chez l'homme).

d)- Gayet-Wernicke et Démence alcoolique.

- Aucun cas.

CONCLUSIONS GENERALES

De tout ce fatras de chiffres et statistiques, on peut dégager les éléments suivants :

1/- Fréquence de l'alcoolisme hospitalier dans notre département :

- Surtout chez l'homme, où il représente le 1/3 des hospitalisés ;

- A un moindre degré chez la femme.

Et cette fréquence ne fait qu'augmenter avec les années.

2/- L'alcoolique se recrute essentiellement chez le travailleur manuel non qualifié ou semi-qualifié.

3/- Alcoolisme, facteur prédisposant à certaines maladies.

- Extrême fréquence des TROUBLES MENTAUX dans les deux sexes, et en particulier des états dépressifs.

- Extrême fréquence de l'EPILEPSIE chez l'homme.

- 70 % des tuberculeux sont des éthyliques.

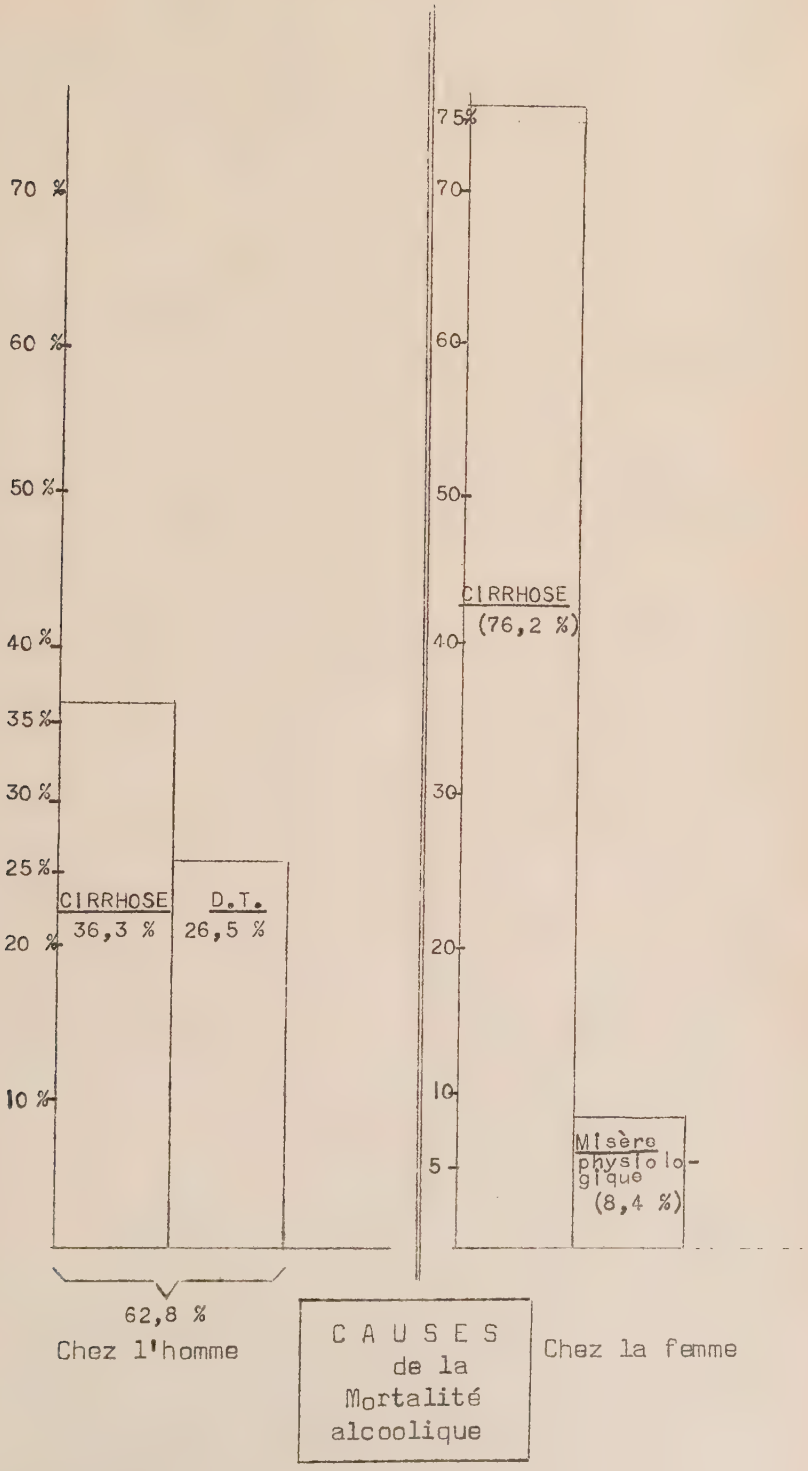
4/- L'alcoolisme hospitalier se présente sous deux aspects :

1- MALADIE + APPOINT ETHYLIQUE = 40 %

2- "MALADIE ALCOOLIQUE" = 60 %

5/- CURE de DESINTOXICATION :

FIGURE 10


70 %
60 %
50 %
40 %
35 %
30 %
25 %
20 %
10 %
CIRRHOSE
36,3 %
D.T.
26,5 %
62,8 %
Chez l'homme
75%
70
60
50
CIRRHOSE
(76,2 %)
40
30
20
10
5
Misère physiologique
(8,4 %)
CAUSES de la Mortalité alcoolique
Chez la femme

- Responsable de l'encombrement des services.

- D'une efficacité très douteuse dans l'ordre actuel des choses.

- Demande la création urgente de centres spécialisés.

6/- CIRRHOSE : cause majeure de la MORTALITE ALCOOLIQUE (FIGURE 10).

- En particulier chez la femme, où les 3/4 des décès lui sont imputables.

7/- Depuis quelques années, les delirium tremens voient leur fréquence diminuer nettement, car, mieux traités, ils ne dépassent pas le plus souvent le stade pré-delirium.

On peut donc s'attendre à une baisse sensible de la mortalité alcoolique par delirium tremens, dans les années à venir.

B)- ALCOOLISME à l'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DU BON SAUVEUR DE C A E N

GENERALITES

• Comme nous le disions au début de cet ouvrage, les résultats statistiques sont ici très précis et reflètent bien l'alcoolisme psychiatrique du CALVADOS, le BON SAUVEUR étant le seul hôpital psychiatrique du département.

• La tenue de rapports médicaux annuels nous a permis d'étendre nos recherches jusqu'aux années précédant la dernière guerre.

Cette enquête porte donc sur VINGT-QUATRE ANS, de 1938 à 1961 inclus.

Toutefois, de 1938 à 1950, nous ne parlerons que d'alcoolisme "brut", l'absence de détails n'ayant pas permis de disséquer l'alcoolisme en ses diverses formes cliniques psychiatriques.

PART PRISE PAR L'ALCOOLISME PSYCHIATRIQUE SUR UNE PERIODE DE 24 ANS.

Il suffit de jeter un coup d'oeil sur la FIGURE 11 pour se rendre compte que la situation n'est pas brillante dans l'ensemble.

CHEZ L'HOMME

1)- Les années précédant la guerre montrent que

déjà l'alcoolisme fournissait environ le quart de l'effectif total des internés (en moyenne 23,5 %).

2)- Les années d'occupation (1940 à 1944) voient tomber, comme partout en France, le nombre d'entrées pour alcoolisme avec un minimum de 4,5 % en 1942.

Cette régression spectaculaire est due, nous dit le Dr. GOLSE :

1- "aux lois restrictives sur la consommation d'alcool" ;

2- "à l'élévation du prix de l'alcool".

3)- De 1945 à 1947, le pourcentage d'alcooliques reste bas, aux alentours de 5 %, en rapport vraisemblablement avec le coût de la vie et en particulier de l'alcool.

4)- De 1948 à 1961 :

- Même situation qu'avant la guerre, avec cette différence que les années d'avant-guerre fournissaient "simplement" 20 à 25 % d'alcooliques, alors que, depuis 1956, ce pourcentage varie aux alentours de quarante pour cent, soit le double.

- Cette période se divise en deux parties:

1- De 1947 à 1953 :

- Montée en flèche de l'alcoolisme.

2- De 1954 à l'époque actuelle :

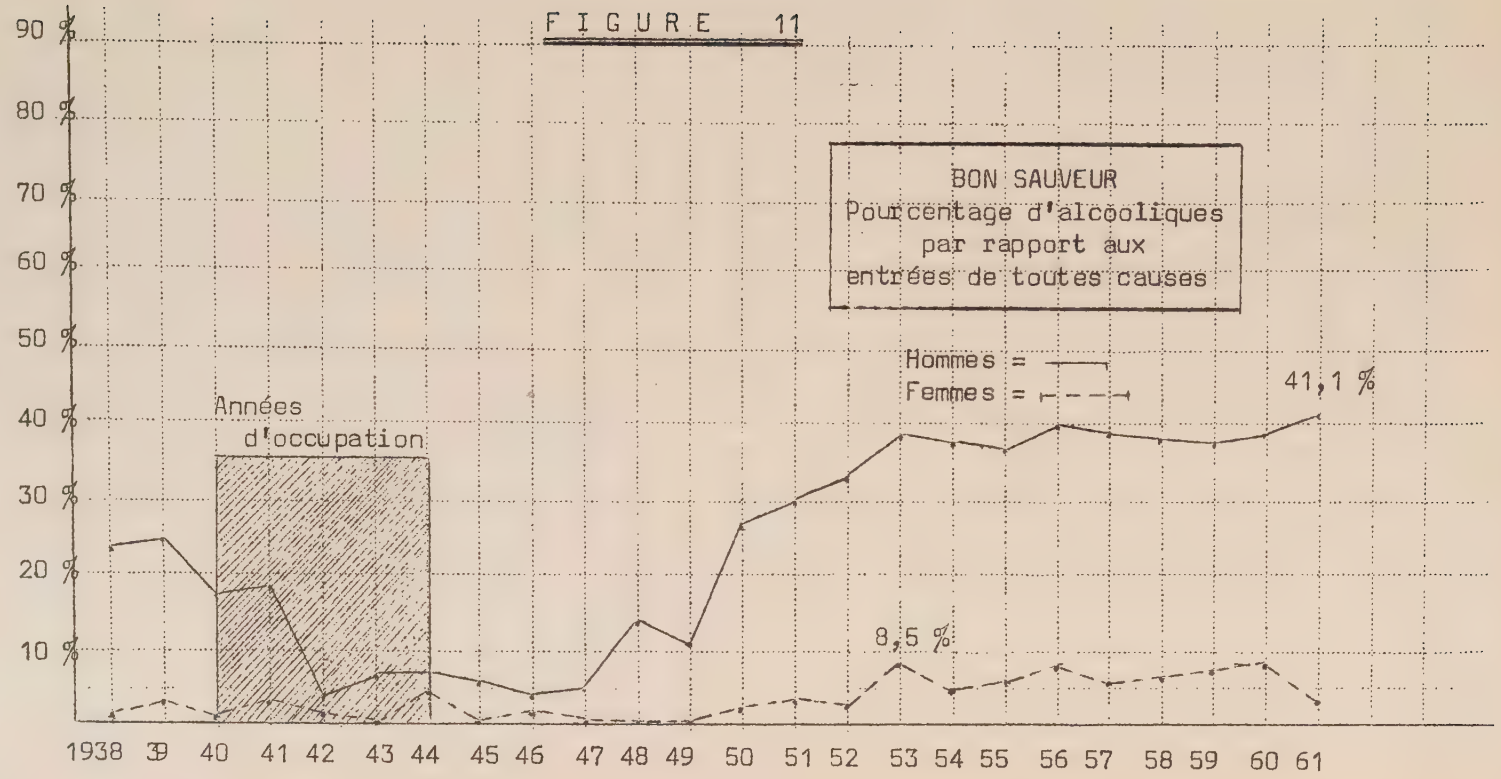
- Montée lente mais certaine.

- Sur une période de 24 ans, l'année 1961 a connu le plus fort pourcentage d'alcooliques (41,1 %).

CHEZ LA FEMME

1)- Les années d'occupation ont peu influencé le pourcentage d'alcoolisme.

FIGURE 11


90 %
80 %
70 %
60 %
50 %
40 %
30 %
20 %
10 %
BON SAUVEUR
Pourcentage d'alcooliques
par rapport aux
entrées de toutes causes
Hommes =
Femmes =
41,1 %
8,5 %
Années
d'occupation
1938 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61

- De 1938 à 1947, le taux reste bas, en moyenne 2 %.

2)- De 1947 à 1961, le nombre d'entrées pour alcoolisme augmente :

- D'abord très lentement, de 1948 à 1952 ;

- Puis, assez brutalement, de 1953 à 1961, où il se cantonne aux environs de 6 %, pourcentage trois fois plus élevé que les dix années précédentes.

- Remarquons toutefois que 1961 a vu moitié moins de femmes alcooliques qu'en 1960.

ANALYSE DE LA POPULATION ALCOOLIQUE PSYCHIATRIQUE
(de 1951 à 1961)

= La population alcoolique du BON SAUVEUR s'est toujours pratiquement divisée en trois groupes :

1- Delirium tremens et états de pré-delirium ;

2- Alcooliques chroniques ;

3- Démence alcoolique ;

auxquels il faut ajouter un certain nombre de psychoses avec appoint éthylique.

= Deux de ces groupes sont particulièrement intéressants à étudier :

1)- Les delirium tremens et pré-delirium tremens (Cf. FIGURE 12).

. En 1951 : 50 % des entrées pour alcoolisme sont représentées par les delirium tremens.

. En 1952 : les entrées pour delirium tremens n'ont jamais été aussi nombreuses (70,6 %), soit sept alcooliques sur dix.

. Depuis 1953 : CHUTE VERTICALE, à tel point qu'en 1961 (taux le plus bas), 7,1 % seulement des alcooliques sont entrés pour delirium tremens, soit dix fois moins qu'en 1952.

2)- L'alcoolique chronique venu pour une cure de désintoxication :

. En 1951 : représente à peu près 50 % des entrées.

. En 1952 : chute verticale aux environs de 30 %, correspondant à la hausse massive de D.T..

. Depuis 1953 : ASCENSION VERTICALE, avec un pourcentage maximum en 1961 (86,8 %), soit trois fois plus qu'en 1952.

SI BIEN QU'EN 1961, L'ALCOOLISME PSYCHIATRIQUE N'A PLUS DU TOUT L'ASPECT QU'IL AVAIT IL Y A DIX ANS : ON SOIGNE DE MOINS EN MOINS DE DELIRIUMS TREMENS, ON FAIT DE PLUS EN PLUS DE CURES DE DESINTOXICATION.

= Quant aux DEMENCES ALCOOLIQUES et PSYCHOSES avec APPOINT ETHYLIQUE, leur pourcentage reste bas et stationnaire :

- Démence alcoolique : aux environs de 3 %
- Psychose + appoint : aux environs de 6 %.

MORTALITE par DELIRIUM TREMENS

- De 1955 à 1961, 6,5 % des alcooliques admis pour delirium tremens en sont morts.

- Si l'on envisage le pourcentage de morts par delirium tremens en fonction du temps, on constate que cet accident majeur de l'alcoolisme tue de moins en moins d'alcooliques parce que mieux et plus précocement traité (Cf. FIGURE 13).

FIGURE 12

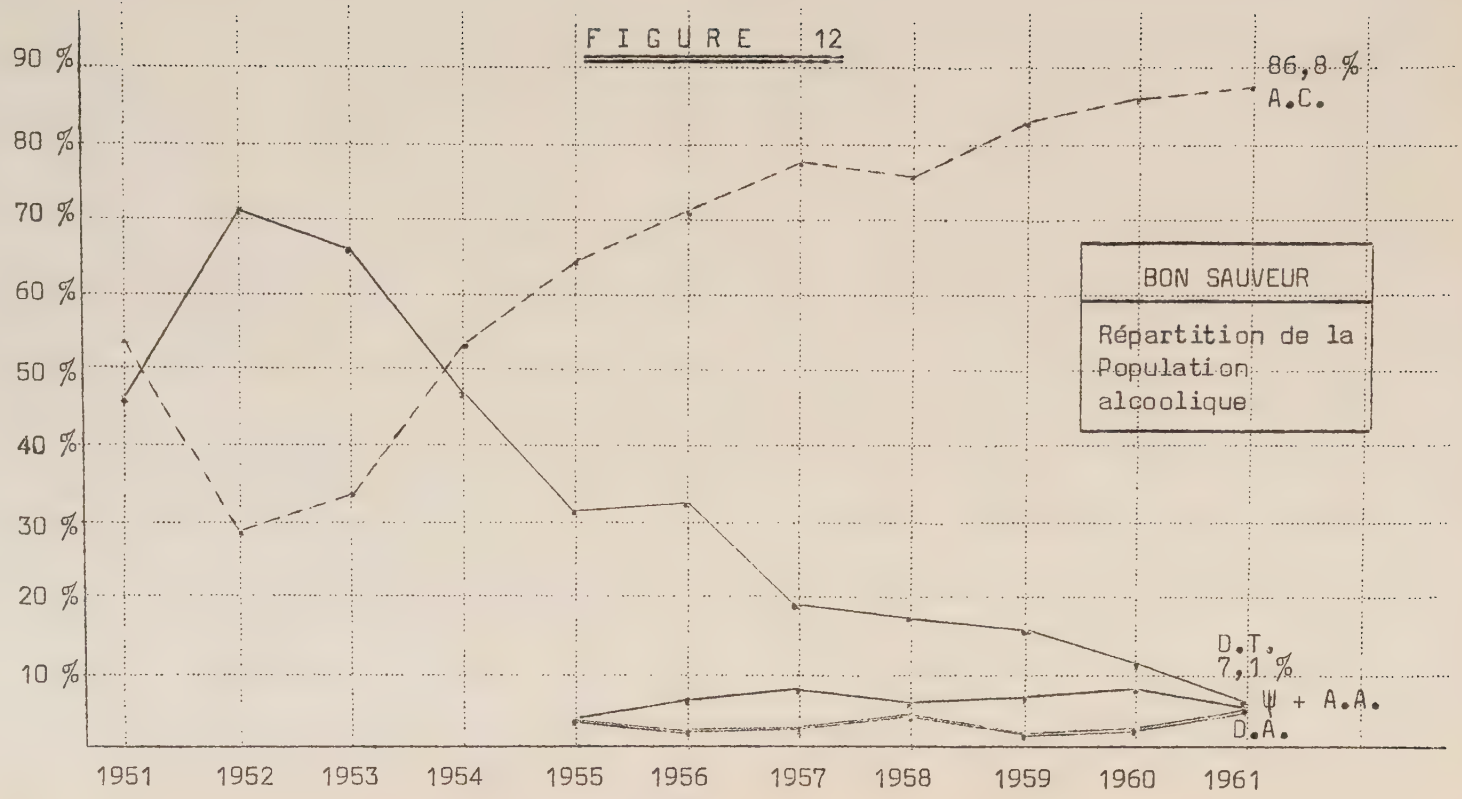
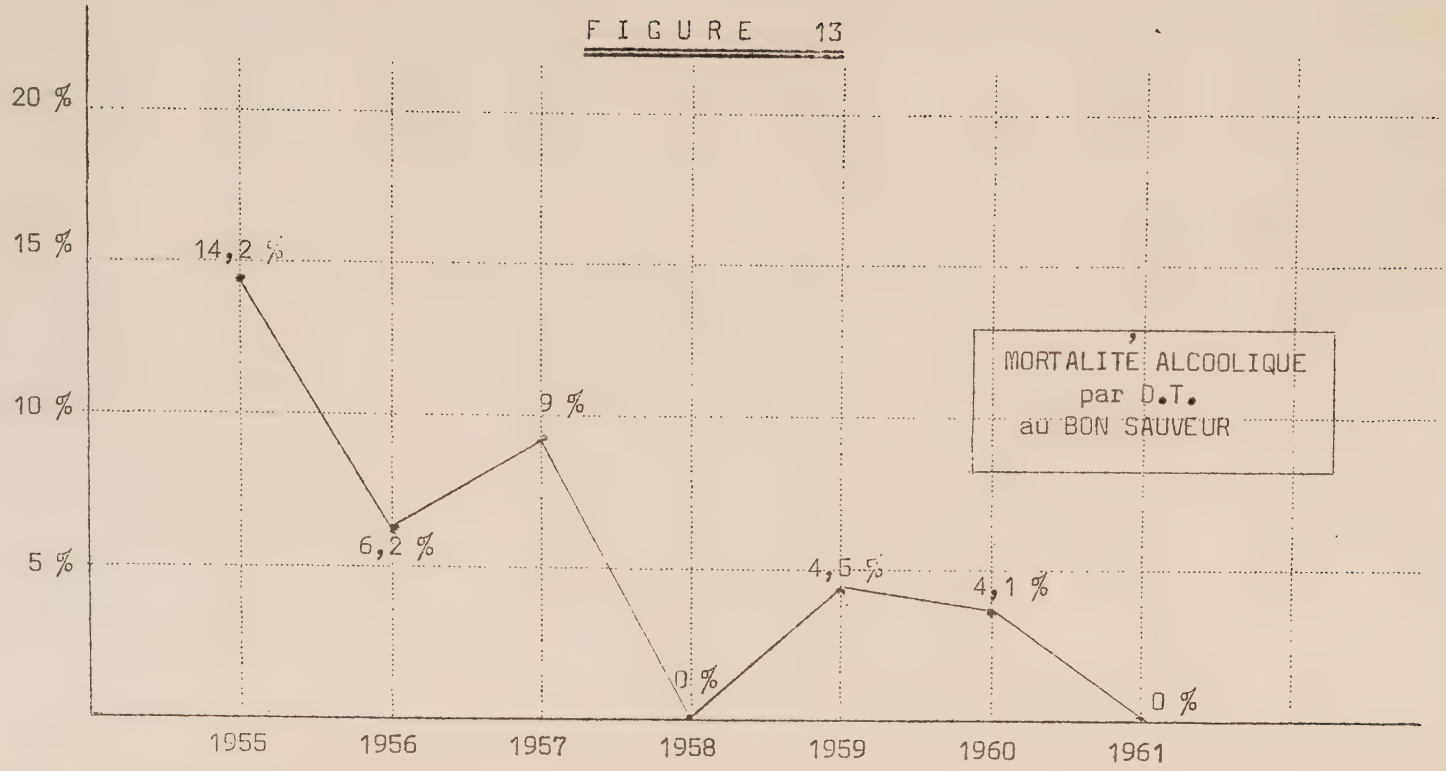

90 %
80 %
70 %
60 %
50 %
40 %
30 %
20 %
10 %
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
86,8 %
A.C.
BON SAUVEUR
Répartition de la
Population
alcoolique
D.T.
7,1 %
Ψ + A.A.
D.A.

FIGURE 13


20 %
15 %
10 %
5 %
14,2 %
6,2 %
9 %
0 %
4,5 %
4,1 %
0 %
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
MORTALITE ALCOOLIQUE
par D.T.
au BON SAUVEUR

CONDUITE de la CURE de DESINTOXICATION

- La cure de désintoxication pratiquée à l'hôpital psychiatrique est classique :

Durée : deux mois en moyenne.

1)- Elle commence par une thérapeutique vitaminique et de rééquilibration d'une durée de 15 jours à trois semaines :

- Strychnine à doses faibles et progressives ;
- Vitaminothérapie B_1 et B_6 à doses fortes;
- Extraits hépatiques + Facteurs lipotropes.

A ce traitement est parfois associée, les premiers jours, l'injection intra-veineuse d'alcool (Curéthyl) quand le syndrome de sevrage est particulièrement marqué.

2)- La cure de dégoût est ensuite pratiquée.

- Pendant 2 ou 3 jours, prise d'un comprimé d'Espéral le matin, non suivie d'ingestion de boisson alcoolique.

- Puis, la réaction à l'ingestion d'alcool est déclenchée chaque matin, et ceci pendant trois semaines à un mois.

- Chez les femmes, cette cure de dégoût est complétée par une brève cure à l'apomorphine (7 à 15 jours) : ingestion de la boisson favorite de l'alcoolique, suivie, quelques instants après, d'une injection d'apomorphine provoquant nausées et vomissements.

- Cette cure ne constitue qu'une étape dans la guérison de l'alcoolique. Il est absolument essentiel que cette désintoxication du "corps" aille de pair avec une désintoxication de l'"âme", ce que ten-

teront de réaliser la PRE-CURE et la POST-CURE, dont nous parlerons plus loin.

TRAITEMENT des ETATS de PRE-DELIRIUM et DELIRIUM A l'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

- Quelle que soit la gravité du cas envisagé, un certain nombre de mesures sont identiques :

1)- Isolement dans une chambre calme, sous surveillance constante.

2)- Réhydratation abondante, par voie orale si possible, sinon par sérum glucosé en perfusion I.V. ou S.C..

3)- Réchauffement, tonicardiaques, analeptiques cardio-vasculaires.

- Dans les pré-delirium et les formes moyennement graves de delirium tremens (les plus fréquentes) :

. Deux médications de base sont utilisées :

1)- Strychnine à doses fortes, en injections répétées jusqu'à apparition des signes d'intolérance.

2)- Vitaminothérapie B_1 et B_6, dont H. et M. COULEON furent les premiers en France à dire son utilité dans le traitement du delirium tremens.

. A ce traitement de base, remarquablement efficace dans la plupart des cas, on ajoute extraits hépatiques et facteurs lipotropes.

- Dans les formes graves, on y adjoint le Largactil seul ou associé, en un "cocktail lytique", à Phénergan-Dolosal, en injection I.M..

Systématiquement, une perfusion de sérum glucosé I.V. est posée avec 1 à 2 gr. de Procaïne.

- Parfois enfin, dans les formes très graves, l'hydrocortisone en injection intra-veineuse s'est révélée très utile.

REPERCUSSION DE L'ALCOOLISME DES PARENTS SUR LE NIVEAU PSYCHIQUE DES ENFANTS

Nous nous sommes adressé, pour cette étude, aux services de la Direction Départementale de la Population.

Seuls ont été envisagés les enfants d'alcooliques présentant une arriération mentale profonde.

Résultats pour l'année 1960 :

. 177 enfants d'alcooliques ont été confiés à la population ;

. 43 d'entre eux sont des arriérés profonds, soit 24,2 %, soit un enfant sur quatre.

Ce pourcentage impressionnant est encore au-dessous de la réalité, car cette statistique ne porte que sur les enfants d'âge scolaire chez lesquels un quotient intellectuel a pu être fait.

CONCLUSIONS GENERALES

= Cette étude de l'alcoolisme psychiatrique sur une vingtaine d'années a montré l'influence des années de guerre, période au cours de laquelle le BON SAUVEUR n'a jamais vu aussi peu d'alcooliques.

= Depuis ce temps, les mauvaises habitudes, soutenues par de mauvaises lois, ont très vite repris le dessus, si bien qu'en 1961 :

. Le pourcentage d'alcoolisme psychiatrique a DOUBLE par rapport aux années d'avant-guerre.

. Il représente un peu plus de 40 % de la population psychiatrique totale.

. Il semble cependant que, depuis six ans, on ait atteint un taux de saturation et que, si les entrées pour alcoolisme augmentent, les années à venir, ce ne sera que très lentement.

. La QUASI-TOTALITE de cet alcoolisme est représentée par l'ALCOOLIQUE CHRONIQUE venu subir une cure de désintoxication.

- Ce phénomène est bon en soi, surtout depuis quelques années où l'on voit de plus en plus de cures de désintoxication volontaires.

- Mais il présente le grave inconvénient d'encombrer les services qui, de plus, ne sont pas conçus pour eux.

- Donc, là encore, apparaît la nécessité de SERVICES SPECIALISES où la conduite de la cure pourra se faire dans les meilleures conditions.

C)- ALCOOLISME SUR LE PLAN JUDICIAIRE

I/- ALCOOLISME ET CRIMINALITE A LA COUR D'ASSISES DU CALVADOS

GENERALITES

Cette étude résulte de l'analyse de 85 DOSSIERS d'ASSISES, c'est-à-dire de la totalité des crimes jugés ces six dernières années (de 1955 à 1961).

Là aussi, les statistiques qui en découlent nous semblent précises et, de ce fait, donnent un reflet exact de la situation, et ceci pour deux raisons :

1- La Cour d'Assises du département siège à Caen et c'est là que nous avons mené notre enquête.

2- Les dossiers consultés sont extrêmement détaillés, et comportent tous un RAPPORT D'EXPERTISE MEDICO-LEGALE, établi par un psychiatre connaissant parfaitement la question de l'alcoolisme du fait de sa spécialité.

CLASSIFICATION ET POURCENTAGE DES ACTES CRIMINELS COMMIS DE 1955 A 1961 (FIGURE 14)

1-	Attentat aux moeurs	47 %
2-	Meurtre et tentative de meurtre ..	28,5 %
3-	Vols qualifiés	5,8 %
4-	Assassinat	4,7 %
5-	Incendie volontaire	4,7 %
6-	Infanticide	2,3 %
7-	Coups et blessures avec préméditation	1,1 %

8- Faux et usage de faux ..... 1,1 %

9- Empoisonnement ..... 1,1 %

= On peut remarquer déjà la part ENORME prise par les attentats aux moeurs.

LA PART DE L'ALCOOLISME DANS LES DIFFERENTS CRIMES
(Cf. FIGURE 14)

1)- UN CRIMINEL SUR DEUX EST UN ALCOOLIQUE.

En effet, sur les 85 dossiers, 45 relatent le crime d'un alcoolique (52,9 %).

2)- DANS 25 % DES CAS, CET ALCOOLIQUE COMMET SON CRIME EN ETAT D'IVRESSE.

3)- L'ALCOOLISME NE SE RETROUVE QUE DANS UN CERTAIN NOMBRE DE CRIMES.

a)- L'attentat aux moeurs.

Est le crime de prédilection de l'alcoolique du département.

Plus de la moitié (51,1 %) de ceux-ci ont été commis par des alcooliques.

De quoi s'agit-il en général ?

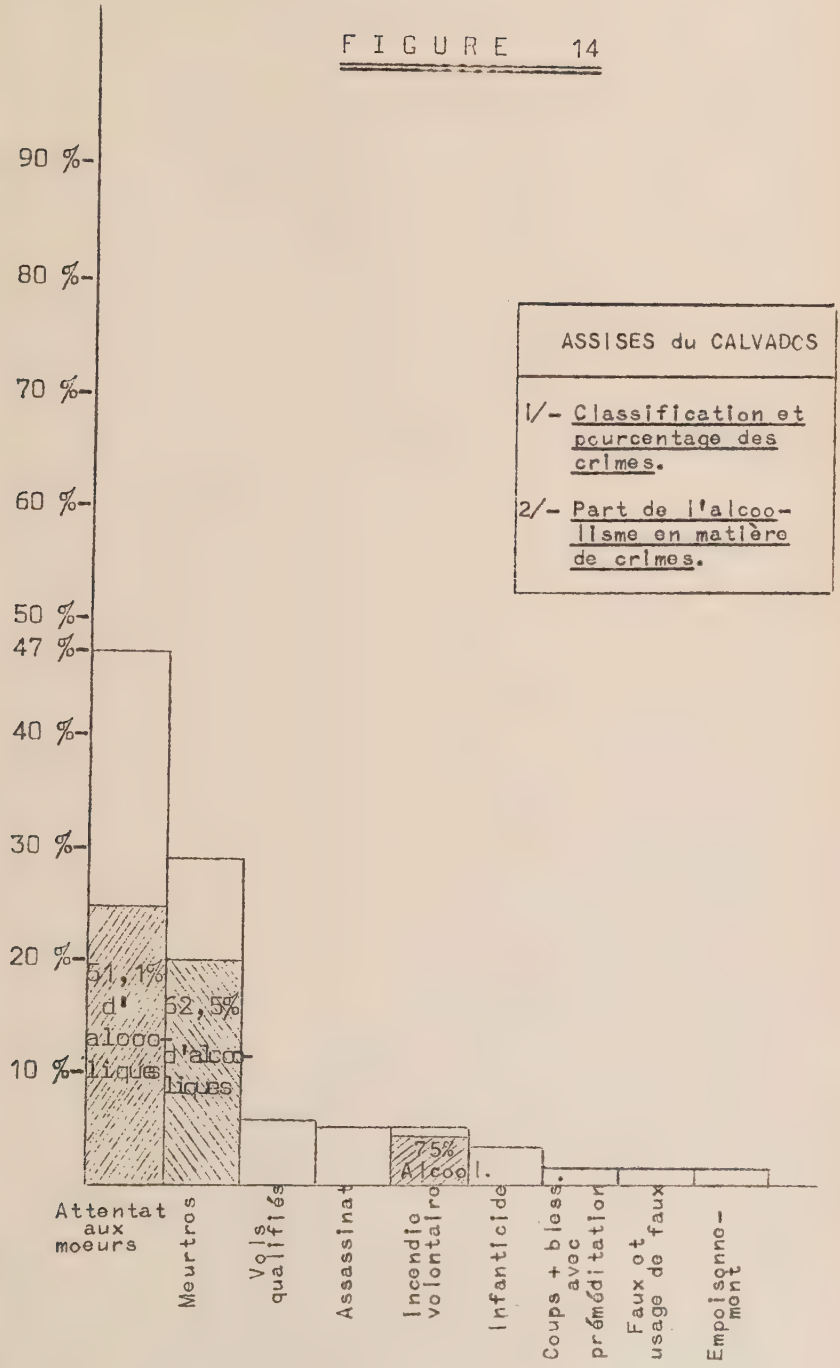
= D'un attentat à la pudeur dans 86,2 % des cas.

- L'histoire est toujours la même : père alcoolique abusant de sa (ou de ses) filles.

• Le criminel est souvent veuf ou bien profite de l'hospitalisation de la mère pour maladie.

• L'enfant est généralement trop jeune pour comprendre et se plaindre (moyenne d'âge : 12,5 ans).

FIGURE 14


90 %-
80 %-
70 %-
60 %-
50 %-
47 %-
40 %-
30 %-
20 %-
10 %-
ASSISES du CALVADOS
1/- Classification et pourcentage des crimes.
2/- Part de l'alcoolisme en matière de crimes.
51,1% d'alcooliques
62,5% d'alcooliques
75% Alcool.
Attentat aux moeurs
Meurtres
Vols qualifiés
Assassinat
Incendie volontaire
Infanticide
Coups + bless. avec préméditation
Faux et usage de faux
Empoisonnement

Dans le cas contraire, son silence est assuré par des menaces ou des cadeaux.

. Ce n'est souvent qu'au bout de 2 ou 3 ans que l'affaire se sait (lorsqu'elle se sait !), par dénonciation anonyme ou plus rarement par l'apparition d'une grossesse.

. La grossesse est rare, en effet, car le père alcoolique N'EST PAS EN ETAT D'IVRESSE au moment de l'acte et reste suffisamment lucide pour éjaculer au dehors.

. Dans presque la moitié des cas (42 %), le père est un ouvrier agricole âgé de 40 à 45 ans, de psychisme assez fruste.

- L'examen mental pratiqué par l'expert conclut presque toujours à la pleine responsabilité, en insistant sur l'émoussement du sens moral dû à l'imprégnation alcoolique.

= Dans 13,8 % des cas, il s'agit d'un VIOL.

- TOUS les viols ont été commis par des alcooliques.

- TOUS ETAIENT IVRES au moment des faits (l'un de ces viols fut suivi de strangulation).

b)- Les meurtres.

= Moins fréquents que les attentats aux moeurs, 62,5 %, soit plus des 2/3, sont commis par des alcooliques.

= Dans 64,2 % des cas, l'alcoolique commet le meurtre EN ETAT D'IVRESSE.

= Comment l'alcoolique devient-il un meurtrier ?

- En général, il s'agit de COUPS MORTELS.

. Une dispute éclate entre deux ivrognes.

. Des coups réciproques sont échangés.

. L'un des protagonistes tombe et meurt :

- soit des coups reçus,
- soit des suites d'une mauvaise chute.

. Très souvent, le criminel retrouve suffisamment de lucidité pour dévaliser sa victime avant de l'abandonner.

- Parfois, le meurtre alcoolique revêt un aspect passionnel, jalousie par exemple, le contrôle des actes étant diminué par l'imprégnation éthylique.

- Juste retour des choses, c'est parfois l'alcoolique qui est la victime :

. Tué par ses proches qui ont peur de lui.

. Témoin ce meurtre d'un alcoolique par sa femme et sa belle-fille : "Mr. X.. rentre chez lui ivre et menace sa femme. Sa belle-fille se jette alors sur lui pour protéger sa mère. Il tombe contre l'escalier. Il se relève et fait un pas vers une porte derrière laquelle se trouve une matraque. Sa belle-fille le pousse alors à nouveau vers l'escalier, le gifle, lui frappe plusieurs fois la tête contre l'escalier et tente de l'étrangler avec une ceinture. Ne se sentant pas la force suffisante, elle demande l'aide de sa mère et ensemble elles étranglent l'ivrogne. Elles furent condamnées, l'une à un an, l'autre à deux ans de prison."

c)- Les incendies volontaires.

= Les 3/4 de ceux-ci (75 %) sont commis par des alcooliques, ouvriers agricoles pour la plupart, voulant se venger de leur patron.

= Pratiquement, tous sont des débiles mentaux.

d)- L'alcoolisme criminel, trop souvent

tragique, fait parfois sourire.

= Témoin cette affaire qui eut pour cadre une prison du département :

"Le surveillant-chef, ivrogne notoire et sans caractère, ne tardait pas à se désintéresser de la gestion de son établissement, s'en remettant à certains détenus choisis par lui parmi les plus instruits, pour tenir la comptabilité concernant l'exécution des peines sur les registres d'écrou, déterminer les situations pénales, porter toutes mentions d'exécution sur les mandats de justice...

"A la faveur de cette confiance que leur accordait le surveillant-chef, ces comptables bénévoles, sur lesquels il n'exerçait aucun contrôle et qu'il avait par ailleurs, pour plus de facilité, invités à imiter sa signature, libérèrent par anticipation, à l'aide de fausses écritures, certains de leurs camarades codétenus.

"En outre, ce surveillant-chef accordait d'importantes libertés à des détenus qui, disposant de quelques ressources, avaient su exploiter son penchant à la boisson... L'un de ceux-ci, dès le lendemain de son incarcération, faisait venir des quantités importantes de vin, apéritifs, alcool, victuailles qu'il offrait au surveillant-chef ou consommait avec lui. Toujours prêt à consentir des allègements à la discipline pour satisfaire son penchant à la boisson, le surveillant-chef autorisait ce détenu à recevoir librement et sans permis sa maîtresse et ses amis, à faire venir ses repas de l'extérieur, à circuler dans la prison...".

CONCLUSIONS

- La criminalité dans le CALVADOS est liée étroitement à l'alcoolisme.

- La campagne, territoire presque exclusif des attentats aux moeurs, fournit la majorité des criminels du département. Ceux-ci sont des alcooliques dans plus de la moitié des cas.

- En matière de meurtre, il faut insister sur le fait qu'ici l'ivresse joue un grand rôle.

- Le troisième type d'alcoolique criminel est le débile incendiaire.

o o

II/- ALCOOLISME ET DELITS.

GENERALITES

Cette étude porte sur LA TOTALITE DES DELITS jugés par le Tribunal Correctionnel de CAEN sur une période de six ans (1955 à 1960).

Nous avons eu ainsi sous les yeux 10.340 délits de Correctionnelle.

Les statistiques que nous avons obtenues ONT PEU DE VALEUR, car l'alcoolisme délictuel est tout à fait particulier, constitué uniquement par le délit commis EN ETAT D'IVRESSE.

En effet, la pièce maîtresse du dossier d'accusation est le procès-verbal établi par le gendarme. Or, celui-ci ne parle d'alcoolisme que lorsqu'il en est certain, et seule l'ivresse publique et manifeste lui donne cette certitude.

Ce souci de ne pas aggraver le cas du délinquant en ne parlant pas d'alcoolisme lorsqu'il n'en est pas sûr est tout à son honneur. Mais ce cas de conscience pourrait être résolu s'il faisait pratiquer une prise de sang pour vérifier le taux d'alcool dans le sang. La loi, d'ailleurs, l'y invite. En effet, l'article 1 du Décret du 18 Juin 1955 est explicite :

"Lorsqu'il semble qu'un crime, un délit ou un accident de la circulation suivi de mort ou de blessure a été commis ou causé sous l'empire d'un état

alcoolique, les officiers ou agents de police administrative ou judiciaire font procéder aux vérifications destinées à établir la preuve de la présence d'alcool dans l'organisme dans les conditions prévues par le présent chapitre."

et l'article 3 du même décret précise :

"Les vérifications consistent dans les opérations suivantes :

- Examen clinique médical avec prise de sang,
- Analyse du sang,
- Interprétation médicale des résultats recueillis.

"Elles sont précédées de l'examen du comportement effectué par l'officier ou l'agent de police appelé à constater le délit ou l'accident de circulation suivi de mort ou de blessure.

= Or, que se passe-t-il pratiquement ?

. Ces textes de loi ne sont appliqués qu'en matière d'accidents de la route (et encore, pensons-nous, mal appliqués, comme nous le verrons plus loin).

. En effet, le délit autre que celui relevant d'un accident de la route n'est JAMAIS sanctionné par une éthylémie, bien que la loi soit formelle à ce sujet.

. Si bien que, lorsqu'il s'agit d'un vol, outrage public à la pudeur, bris de clôture, etc..., l'état alcoolique, au cours duquel il est vraisemblablement très souvent commis, est passé sous silence par le gendarme lorsque cet état est inapparent ou douteux.

. De là vient l'apparente minime fréquence de l'alcoolisme dans les délits autres que les accidents de la route.

POURCENTAGE D'ALCOOLIQUES PAR RAPPORT A LA TOTALITE DES DELITS

- Parmi les 10.340 délits de toute nature, nous avons relevé 1.188 états alcooliques, soit 11,4 %.

- En fait, si nous séparons les délits proprement dits des accidents de la circulation, on trouve:

. 8.815 délits, dont 713 commis en état d'ivresse, soit 8 % ;

. 1.525 accidents de la route, dont 475 commis sous l'empire d'un état alcoolique, soit 31,1 %.

1)- ALCOOLISME & DELINQUANCE PROPREMENT DITE.

Pour 8 % de délits commis en état d'ivresse, combien d'autres sont commis sous l'empire d'un état alcoolique inapparent ?

Quoi qu'il en soit, l'ivrogne se cantonne dans un certain nombre de délits dont voici la liste :

- Vol,
- Coups et blessures volontaires,
- Bris de clôture (ou violation de domicile),
- Outrages à représentant de la loi,
- Ivresse en récidive,
- Vagabondage,
- Outrage public à la pudeur,
- Dégradation d'objets d'utilité publique,
- Blessure à animal domestique,
- Menaces de mort sous condition,
- Violences à enfant de moins de 15 ans,
- Escroquerie,
- Abus de confiance.

Nous allons étudier chacun de ces délits.

1- Vol.

10 % des vols, en moyenne, sont commis en état

d'ivresse.

Que vole un individu en état d'ivresse ?

- Une fois sur quatre (27,7 %), il s'agit d'un vol d'engin de locomotion : automobile, vélomoteur, bicyclette.

Le voleur d'auto est en général un homme jeune, entre 20 et 30 ans, qui vole dans un but de loisir : on vole la voiture pour se promener et on l'abandonne lorsqu'on est à court d'essence, à moins qu'un accident de la route ne se soit produit.

Le vol de vélo ou vélomoteur, beaucoup plus fréquent, n'obéit pas au même mobile : la nuit, en sortant du "bistrot", l'ivrogne "emprunte" un vélo ou vélomoteur pour rentrer chez lui, avec l'intention de le rendre le lendemain. Puis les jours passent, et, "par négligence", on oublie de restituer l'objet volé.

- Très souvent, il s'agit de menus larcins : lapin, volaille, légumes, subtilisés dans un champ ou une basse-cour.

- Assez souvent, l'ivrogne, attablé au comptoir du café, subtilise de l'argent dans la caisse ou des cigarettes pendant l'absence momentanée du patron.

- Parfois enfin, c'est l'ivrogne qui porte plainte pour vol de son portefeuille alors qu'il cuvait son vin.

2- Coups & blessures volontaires.

= A peu près 25 % des coups et blessures volontaires sont commis en état d'ivresse (22,3 %).

= De quoi s'agit-il ?

- Le plus souvent, ils ont pour cadre le café: discussion entre consommateurs ; le ton monte en même

temps que la quantité d'alcool absorbé, et des coups ne tardent pas à être échangés.

Une variante est celle-ci : le patron veut sortir de force l'ivrogne qui, par ses injure et son verbe haut, perturbe l'établissement. Les clients viennent prêter main-forte au patron et l'indésirable est expulsé non sans avoir distribué force horions.

- Parfois, il s'agit d'un jeune homme ou d'une bande de jeunes gens ivres auxquels on refuse l'entrée du bal.

- Enfin, jusqu'en 1959, il s'agissait souvent de règlement de comptes entre Nord-Algériens ivres.

3- Bris de clôture ou Violation de domicile.

= 45,7 % de ces délits sont commis en état d'ivresse, soit presque la moitié.

= De quoi s'agit-il ? Deux variantes :

1- Homme déjà ivre entrant dans un café pour consommer. Le patron refuse de le servir et l'ivrogne, furieux, casse tout ce qui lui tombe sous la main.

2- Ivrogne voulant entrer dans un café à une heure tardive, alors que celui-ci est fermé. Le patron refusant d'ouvrir, l'alcoolique casse les carreaux ou cherche à enfoncer la porte.

4- Outrages à représentant de la loi.

= 31,5 % de ceux-ci sont commis en état d'ivresse.

= Il s'agit d'injures, souvent pittoresques, à un garde-champêtre, gendarme ou gardien de la paix, plus rarement à un maire.

= Bien souvent, à cette inculpation d'outrages, s'ajoutent celles de rébellion et de coups et blessures lorsque l'ivrogne refuse de suivre le représentant de la loi.

5- Ivresse en récidive.

= Représente 8,9 % des alcooliques délinquants.

= Ce pourcentage est moins élevé en fait, car ces récidives d'ivresse se répartissent entre une dizaine d'individus qui reviennent régulièrement chaque année.

6- Vagabondage.

= 3,6 % des vagabonds ont été trouvés en état d'ivresse.

= Ce délit montre bien la marge d'erreur que peut comporter une statistique sur l'alcoolisme en matière de délit.

7- Outrages publics à la pudeur.

= 27,7 % des outrages à la pudeur sont commis par des hommes ivres.

= Il s'agit le plus souvent d'un ivrogne exhibant en pleine rue ses parties sexuelles devant des enfants.

8- Les autres délits

cités commis sous l'influence de l'alcool sont retrouvés assez rarement.

9- Les abus de confiance et escroqueries

sont très rarement commis en état d'ivresse.

Délits où l'état d'ivresse
se rencontre le plus souvent

1- Bris de clôture ..... 45,7 %
2- Outrages ..... 31,5 %
3- Outrages publics à la pudeur ..... 27,7 %
4- Coups et blessures ..... 22,3 %
5- Vols ..... 10 %
6- Vagabondage ..... 3,6 %

2)- ALCOOLISME ET ACCIDENTS DE LA ROUTE.

= Sur 1.525 accidents de la route relevant de la Correctionnelle, 475 ont été commis sous l'empire d'un état alcoolique, soit 31,8 %.

= En fait, ce pourcentage global est FAUX parce qu'il ne tient pas compte de l'Ordonnance du 15 Décembre 1958 qui fait de la conduite en état d'ivresse un DELIT passible de Correctionnelle.

. Si bien qu'avant 1959, le Tribunal Correctionnel ne voyait qu'assez peu d'accidents de la route imputables à l'alcoolisme : 63 pour un total de 887 accidents de la route, répartis ainsi :

- Appel de conduite en état d'ivresse 6
- Blessures involontaires + contravention d'ivresse au volant 39
- Délit de fuite 8
- Homicide involontaire 10

Seulement 7,1 % des accidents de la route étaient dus à une conduite en état d'ivresse.

. Par contre, depuis Janvier 1959, ce pourcentage augmente considérablement : sur 638 accidents de la route, 412 sont imputables à l'alcoolisme, ré-

partis ainsi :

- Conduite en état d'ivresse 341
- Blessures involontaires + ivresse au volant. 50
- Délit de fuite + ivresse 10
- Homicide involontaire + ivresse 11

De 7,1 %, ce pourcentage saute à 64,5 %, ce chiffre donnant une idée beaucoup plus exacte de l'influence de l'alcoolisme dans les accidents de la route.

= Pour haut qu'il soit, ce pourcentage de 64,5 % est encore trop bas, car souvent encore le gendarme estime que le conducteur responsable de l'accident n'est pas sous l'influence de l'alcool et ne fait pas pratiquer d'éthylémie qui parfois l'aurait contredit.

Valeur de l'éthylémie comme moyen de dépistage des états alcooliques inapparents

Tous les médecins ayant étudié la question sont d'accord pour dire que seule l'éthylémie permet d'affirmer l'influence de l'alcool dans un accident de la route lorsque celle-ci n'est pas flagrante.

Elle n'offre pas d'intérêt lorsque l'ivresse du conducteur est décelable par le premier venu.

Si l'on admet que les manifestations évidentes de l'ivresse apparaissent pour un taux d'éthylémie égal ou supérieur à 2 grammes par litre, les résultats que nous avons tirés de l'étude de 233 éthylémies démontrent que, dans la majorité des cas, l'éthylémie ne présente aucun intérêt, ne faisant que confirmer un état d'ivresse manifeste.

En effet, notre lot de 233 éthylémies se répartit ainsi :

- Entre 1 et 1,50 gr/litre ..... 18, soit 7,7 %
- Entre 1,50 et 2 gr/litre ..... 45, soit 19,3 %
- Entre 2 et 3 gr/litre ..... 138, soit 59,2 %
- Au-dessus de 3 gr/litre ..... 32, soit 13,7 %

. Dans 72,9 % des cas, l'éthylémie est supérieure à 2 grammes par litre, taux pour lequel l'état d'ivresse est manifeste.

. Il semble donc que, dans les trois-quarts des cas, le gendarme ne fait appel à cet examen que pour confirmer ce qu'il sait déjà.

Cette éthylémie prendra, par contre, une énorme importance si l'on se décide enfin à prendre deux mesures réclamées depuis longtemps :

1- Fixation d'un taux légal maximum d'alcoolémie, au-delà duquel le sujet sera considéré comme présentant un état alcoolique.

2- Ethylémie obligatoire et systématique pour tout délit, ou au moins pour toute conduite en état d'ivresse et accident de la route, et ceci quelle que soit l'opinion du représentant de la loi qui verbalise.

Profession du conducteur en état d'ivresse

- Ouvrier agricole ..... 20,6 %
- Manoeuvre ..... 16,5 %
- Ouvrier d'usine ..... 9,4 %
  (le 1/3 travaille à la S.M.N.)
- Chauffeur de véhicule ..... 6,3 %
- Cultivateur ..... 6,3 %
- Peintre ..... 2,4 %
- Mécanicien ..... 2,2 %
- Forain ..... 1,5 %
- Chef de chantier ..... 1,5 %
- S.N.C.F. ..... 1,5 %
- Comptable ..... 1,3 %
- Représentant, etc ..... 1,3 %

Comme dans les statistiques hospitalières, ce sont les travailleurs non qualifiés, travaillant souvent en plein air, qui sont responsables de la majorité des accidents de la route dus à une conduite en état d'ivresse.

Age

26,6 % des conducteurs ivres sont âgés de moins de 30 ans.

Véhicule du conducteur en état d'ivresse

Automobile	39,7 %
Vélomoteur	28,2 %
Vélo	17,2 %
Camion	6,6 %
Motocyclette	5 %
Scooter	2,1 %
Car	0,4 %
Tracteur	0,4 %

o o

III/- ALCOOLISME & ADOLESCENCE EN DANGER OU COUPABLE.

Cette étude porte sur l'analyse des dossiers de :

1- Demande de Correction paternelle et Surveillance éducative,

2- Tutelle aux Allocations Familiales,

sur une période de 6 ans (1955 à 1960).

1)- DEMANDE DE CORRECTION PATERNELLE & SURVEILLANCE EDUCATIVE.

Nous avons étudié 362 dossiers ; mais, par sui-

te de manque de renseignements, 70 d'entre eux n'ont pu être retenus. Cette étude portera donc sur 292 dossiers effectifs.

L'alcoolisme est présent dans 201 cas, soit dans 68,8 % des cas.

Cet alcoolisme se répartit comme suit :

- Alcoolisme du PERE ..... 59,3 %
- Alcoolisme de la MERE ..... 13,9 %
- Alcoolisme chez PERE et MERE ..... 14,1 %
- Alcoolisme chez les ASCENDANTS ..... 13,5 %
- Alcoolisme du MINEUR ..... 4,8 %

Milieu familial alcoolique

- Normalement constitué ..... 31,4 %
- Parents séparés ou divorcés ..... 24,3 %
- Incomplet : ..... 32,6 %

  Père décédé ..... 15,1 %
  dont 4,1 % par suicide.

  Mère décédée ..... 17,5 %

- Dissocié et reconstitué ..... 11,7 %

Dans près de 70 % des cas (68,6 %), le milieu familial est anormalement constitué.

Lorsque le père est décédé, une fois sur quatre il s'agit d'un suicide.

La veuve en général se remarie ou vit en concubinage avec un alcoolique.

La famille alcoolique est nombreuse : moyenne de 5 enfants.

Profession du père alcoolique

- Manoeuvre	15,4 %
- Ouvrier agricole	15,4 %
- Chômeur	11,2 %
- Invalide	5,6 %
- Maçon	5,6 %
- Ouvrier d'usine	4,9 %
- Employé municipal	4,9 %
- Docker	3,5 %
- Cantonnier, etc	3,5 %

Là encore, nette prédominance des manoeuvres et ouvriers agricoles.

On note également une proportion assez grande de gens sans travail (chômeur, invalide).

Sexe de l'enfant
qui est l'objet d'une demande de correction.

= Dans les 2/3 des cas (62,7 %), il s'agit d'une FILLE, dont l'âge moyen est de 16,5 ans.

Une fois sur trois, le motif allégué par les parents est celui d'inconduite notoire ou de prostitution.

L'examen psychiatrique et les tests pratiqués montrent que 60 % d'entre elles sont débiles.

= Le garçon est âgé en moyenne de 14,5 ans.

Très souvent, la base des troubles du comportement est une opposition au beau-père ou à la belle-mère chez un enfant hyperémotif.

2)- TUTELLE AUX ALLOCATIONS FAMILIALES.

226 dossiers consultés, mais 188 dossiers effectifs, 38 dossiers manquant de renseignements.

151 de ces 188 tutelles furent imposées à des

parents alcooliques, soit 80,3 %.

= Qui est alcoolique ?

Père	69,1 %
Mère	12,3 %
Père et mère	18,5 %

= Profession du père :

Le plus souvent, il s'agit ici d'hommes ne travaillant pas et vivant des Allocations Familiales dont ils emploient une bonne part pour satisfaire leur vice.

= Nombre d'enfants :

En moyenne 6 par famille.

o

o o

Au terme de cette étude statistique, il nous reste à montrer si le Département dispose de moyens de lutte proportionnés à l'ampleur de la tâche à accomplir.

II / - LUTTE ANTI-ALCOOLIQUE DANS LE C A L V A D O S

Cette lutte revêt de multiples aspects, dont nous nous proposons de donner un aperçu.

Le Calvados est l'un des départements les plus alcoolisés de France. Le programme à entreprendre est donc vaste et difficile à réaliser.

Disons tout de suite, cependant, que depuis quelques années un énorme effort a été accompli dont les effets commencent à apparaître :

- aussi bien chez l'alcoolique lui-même, dont l'état d'esprit change, et qui de plus en plus prend l'initiative de se faire soigner,

- que dans les multiples facteurs d'alcoolisation du département.

Il est normal de commencer cette étude par l'organisme principal de cette lutte, le "brain trust" en quelque sorte :

LE COMITE DEPARTEMENTAL DE DEFENSE CONTRE L'ALCOOLISME

Son siège est à CAEN

Son président est un psychiatre : le Dr.COULEON.

Ce comité est uniquement subventionné par le département :

- Caisse Primaire de Sécurité Sociale,
- Caisse d'Allocations Familiales,
- Mutualité Agricole,
- Conseil Général.

Ses membres sont répartis en quatre commissions :

1- Commission d'Information ;

2- Commission chargée de l'action auprès des jeunes ;

3- Commission chargée de l'action économique et rurale ;

4- Commission chargée de l'action médico-sociale.

ETUDE DE L'ACTIVITE DE CES COMMISSIONS

I- COMMISSION D'INFORMATION & DE PROPAGANDE GENERALE

Son activité est multiple :

. Distribution de tracts, brochures dans tout le département.

. Placardage d'affiches.

. Organisation d'un stand de propagande dans les grandes foires commerciales et agricoles, avec dégustation de jus de pommes.

. Organisation de colloques médicaux, de rencontres d'anciens buveurs, avec projection de films.

. Campagnes de presse, auxquelles se prêtent volontiers les journaux locaux.

Cette information complète ainsi de façon heu-

reuse l'intense vague de propagande faite actuellement à l'échelon national dont le véhicule idéal, à notre avis, est représenté par la Télévision.

2- COMMISSION CHARGEE DE L'ACTION AUPRES DES JEUNES.

= Au stade scolaire :

. L'efficacité de cette action est évidemment fonction de la participation du personnel enseignant et en particulier de l'instituteur.

. Celui-ci représente un auxiliaire précieux et toujours coopérant, étant le mieux placé pour se rendre compte des méfaits de l'alcoolisme des parents sur le niveau intellectuel des enfants.

. C'est à lui qu'incombe le soin de démontrer à l'enfant les effets néfastes de l'alcool et ceci d'une façon concrète, imagée.

. Il y réussit, semble-t-il, et nous en prendrons pour exemple le succès que connut le concours de dessin organisé au début de 1962 sur le thème "Sobriété, maison heureuse" : 600 envois de la part des écoliers du Calvados.

= Au stade post-scolaire :

. Contacts avec les dirigeants des centres d'apprentissage, directeurs d'usine.

. Boissons non alcoolisées sur les lieux de travail.

= Cette Commission a également la charge de nouer des rapports avec les milieux sportifs.

3- COMMISSION CHARGEE de l'ACTION ECONOMIQUE & RURALE

= Elle a un rôle de tout premier plan dans le programme de lutte anti-alcoolique du département.

= Son objectif actuel porte sur LA RECONVERSION DES VERGERS A CIDRE, tâche d'envergure si l'on songe que le verger du CALVADOS comporte 86.000 hectares d'herbages plantés, le nombre des pommiers à cidre étant de 5 millions.

= La réalisation de ce programme est actuellement largement commencée, facilitée qu'elle est :

. par les excellents rapports entre les membres de la Commission anti-alcoolique et les personnalités agricoles des organismes administratifs ou professionnels : Direction départementale des Services agricoles, Maison du Paysan, Organisations syndicales, Jeunes Agriculteurs, Chambre d'Agriculture, Direction départementale des Contributions Indirectes.

. par le changement d'état d'esprit des exploitants de pommiers à cidre, en particulier des jeunes, qui se rendent compte que leurs intérêts coïncident avec ceux du Comité de Défense contre l'Alcoolisme.

= Sur le plan concret, un rapport fait par le Dr. COULEON, en 1961, montre clairement :

a)- CE QUI EST FAIT :

. Vergers à cidre reconvertis en vergers de pommes à couteau.

- Sept exploitants se sont orientés dans ce sens.

- "Certains de ces vergers sont déjà en plein rapport. Ils s'étendent chacun sur plusieurs

hectares. Le plus récent et le plus important s'étend sur 20 hectares. Ces vergers sont constitués par des haies fruitières. Les variétés cultivées sont parfaitement choisies. En fait, ils produisent ou sont appelés à produire de la pomme à couteau d'excellente qualité, se vendant très cher sur le marché...".

- Mais cet aspect de la reconversion n'est pas appelé à prendre une grande extension, car, outre les très importants investissements que cette culture nécessite, "il est à craindre, dans l'avenir, une concurrence inquiétante sur le plan du marché commun".

- Néanmoins, sur le plan psychologique, cette initiative est intéressante, car elle a attiré l'attention des cultivateurs. "Ces derniers prennent de plus en plus conscience de l'intérêt que peut présenter la production de pommes à couteau au regard des déboires rencontrés dans la culture des pommes à cidre".

. Utilisation de la pomme à cidre dans la fabrication des jus de pommes.

- Cette nouvelle utilisation de la pomme se fait actuellement :

A l'échelon INDUSTRIEL :

"Il existe maintenant six usines fabriquant jus de pommes, concentrés de jus de pommes et cidre doux... Ces cidreries brassent en moyenne, au total, 50.000 tonnes de pommes à cidre, soit 10 % de la production départementale et qui représentent 250.000 hectolitres de cidre doux et de jus de pommes.

"Il est à remarquer que ces six usines de jus de pommes sont d'anciennes cidreries."

Si l'on considère que le département comptait vingt cidreries, il est intéressant de constater que plus du quart d'entre elles se sont tournées vers la production de jus de pommes.

"Cette production industrielle trouve de faciles débouchés dans la région parisienne, dans le midi de la France et à l'étranger."

A l'échelon ARTISANAL :

Après avoir rencontré des difficultés, la production artisanale prend aussi de l'extension.

"Il ne se pose pour elle qu'un problème de débouchés, que le Comité Départemental (de la lutte anti-alcoolique) a résolu en partie... en les orientant vers des grossistes."

- Et le Dr. COULEON conclut : ..."Nous avons là une reconversion dans le cadre de la transformation qui se révèle du plus haut intérêt tant à notre point de vue qu'à celui du producteur".

. Constitution de Coopératives de cidres et d'eaux-de-vie de QUALITE.

- Troisième réalisation concrète dans le domaine de la reconversion des vergers à cidre, ces coopératives s'avèrent très utiles, car :

. sur le plan économique, les cidres et eaux-de-vie de qualité qu'elles fabriquent sont en grande majorité exportés hors du département, voire même hors de France où ils sont de plus en plus goûtés. (Nous connaissons l'exemple d'une maison qui se voit proposer un marché d'exportation d'eau-de-vie de qualité vers la Norvège...).

. sur le plan de la santé publique. Ces produits de qualité "sont autant de boissons alcooliques soustraites à la consommation quotidienne".

= Voici donc les trois réalisations obtenues actuellement : C'EST BIEN, MAIS C'EST INSUFFISANT, car elles n'épongent qu'une faible partie de la production cidricole du département. Que faire du reste ? Trois solutions ont été proposées. Elles de-

vraient être réalisées dans un avenir assez proche, car, dans l'ensemble, les cultivateurs ont reconnu le bien-fondé de ces propositions.

= Voici donc :

b)- CE QUI DEVRAIT SE FAIRE DANS UN PROCHE AVENIR.

. Non pas tellement l'arrachage des pommiers à cidre :

- Déjà commencé à une petite échelle depuis quelques années.

- Peu pratiqué, à notre avis, pour des motifs de routine le plus souvent, de sentimentalité parfois, et aussi pour des raisons pécuniaires : l'Etat, certes, offre une prime à l'arrachage, mais, pour beaucoup, le montant de celle-ci est insuffisant ; en outre, l'Etat oublie parfois de payer les indemnisations... (Au mois de Janvier 1962, la Fédération Nationale des Producteurs de Fruits à Cidre insistait pour obtenir rapidement cette indemnisation).

. Que le GREFFAGE ou SURGREFFAGE DES POMMIERS existants en POMMES AIGRES ou A COUTEAU.

- Pour expliquer l'intérêt que représente cette solution, il nous paraît nécessaire de faire les remarques suivantes, empruntées au remarquable travail du Dr. COULEON :

. "Dans l'ensemble, les 5 millions de pommiers à cidre du département rapportent peu. Les pommes à cidre se vendent en moyenne trois à quatre francs le kilo. Souvent, les prix sont encore inférieurs et ne justifient même pas le ramassage...

. Or, "les pommes aigres ... manquent dans notre département", alors que celles-ci "sont absolument nécessaires - dans la proportion d'un

quart par rapport aux douces-amères - pour la fabrication du jus de pommes". "Les industriels les paient 150 NF. la tonne', soit trois fois plus cher que les pommes à cidre ordinaires.

. Actuellement, les industriels, faute d'en trouver sur place, sont obligés de les importer des départements voisins, "à moins qu'ils ne fassent transporter leurs moûts de pommes douces-amères fabriqués dans le Calvados jusque dans un département voisin où ils sont mélangés aux moûts de pommes aigres traités sur place".

- On conçoit donc l'intérêt offert par la reconversion d'une partie du verger à cidre en verger à pommes aigres.

. Le greffage de pommes à couteau sur des pommiers à cidre est également une solution intéressante : "Il serait facile de choisir des variétés rustiques..., ne comportant pas la nécessité de traitements, et qui, tout en étant de bonne qualité, ... conviendraient parfaitement à la consommation familiale courante à des prix très inférieurs à ceux des pommes "de luxe" produites par les haies-fruitières...

"Cette qualité de pommes manque, en effet, sur le marché et fait l'objet d'une demande non satisfaite".

- Les problèmes techniques posés par cette méthode de greffage des pommiers existants en pommes aigres ou à couteau peuvent être facilement résolus grâce aux techniciens mis à la disposition des exploitants par un CENTRE HORTICOLE unique en son genre.

c)- CE QUI N'A PAS ENCORE TROUVE DE SOLUTION: L'ALCOOLISME VINIQUE RURAL.

Avant la guerre, l'alcoolisme rural du CALVADOS était à base de cidre et d'eau-de-vie.

Depuis la libération, ces deux boissons laissent place, de plus en plus, au vin qui, après avoir gagné les villes et les zones côtières, s'infiltre d'une façon inquiétante dans les campagnes.

4- COMMISSION CHARGEE DE L'ACTION MEDICO-SOCIALE.

Cette Commission s'est fixé pour tâche la réadaptation sociale de l'alcoolique en se basant sur le fait que, pour obtenir une véritable guérison, la seule cure de désintoxication est très insuffisante.

Avant la guerre, le monde médical constate avec inquiétude l'extension croissante de l'alcoolisme, sans s'attaquer véritablement au problème. On se contente de soigner les répercussions organiques de l'intoxication alcoolique.

Après la guerre, les expériences de PAVLOV arrivent en France, et l'on tente de dégoûter l'alcoolique de son vice en lui donnant des drogues qui provoqueront des réactions désagréables dès qu'il tentera d'absorber de l'alcool.

On attendait ainsi les plus grands espoirs de cette "cure de dégoût" plus ou moins imposée au malade.

Malheureusement, dans la majorité des cas, les résultats ne furent pas ceux qu'on attendait : l'alcoolique, sorti de l'hôpital, reprenait très vite ses anciennes habitudes, dégoûté - non de l'alcool,hélas!- mais du médecin et de ses médicaments, de sa famille qu'il considère comme responsable de son hospitalisation, de son patron qui lui refuse du travail.

Cette classique "cure de désintoxication" s'avère donc être un échec.

Or, depuis quelques années, l'expérience aidant, on s'est rendu compte que le contexte social, fami-

lial, professionnel dans lequel vit l'alcoolique EST PRIMORDIAL.

Tenant compte de ce fait, la nouvelle cure de désintoxication doit comporter trois étapes :

1)- PRE-CURE.

Elle consiste à "trouver le moyen d'aborder le problème avec le malade, de lui faire prendre conscience de son état, de le renseigner sur les moyens de s'en sortir. La famille est rarement la mieux placée pour intervenir directement à ce stade. Mais ce peut être le médecin, l'assistante sociale, l'employeur, le camarade, ..." qui doivent ainsi l'amener à suivre une :

2)- CURE DE DESINTOXICATION VOLONTAIRE.

. Ambulatoire, lorsque des raisons familiales, sociales, économiques s'opposent à l'hospitalisation. Elle nécessite la coopération du médecin avec les Associations d'Anciens Buveurs. La plus souhaitable à tous points de vue.

. Hospitalière.

- En fait, pour être pleinement efficace, cette cure volontaire ne devrait plus être pratiquée dans les hôpitaux civils ou psychiatriques, comme elle l'est actuellement, mais dans des centres spécialisés, des CURATORIUM, où peuvent être menées de front la cure de désintoxication proprement dite et la réadaptation sociale.

- Ce type d'établissements N'EXISTE PAS DANS LE DEPARTEMENT, et leur création est l'un des objectifs de la Commission médico-sociale.

3)- POST-CURE.

Elle constitue l'étape essentielle du traite-

ment de cet alcoolique qui, à sa sortie de l'hôpital, se trouve aux prises avec un grand nombre de difficultés.

C'est à ce stade qu'il rechutera s'il n'est pas aidé ; c'est donc là que l'activité de la Commission médico-sociale doit porter les plus gros efforts, et elle le fait.

Qu'on en juge :

. Actuellement, la surveillance de la post-cure est assurée par :

1- LES DISPENSAIRES D'HYGIENE MENTALE :

- au nombre de cinq, répartis dans les principales localités du département ;

- une consultation par mois ;

- en relations étroites avec les Associations d'Anciens Buveurs et les assistantes sociales.

2- LES SOCIETES D'ANCIENS BUVEURS :

- Au nombre de deux :

CROIX D'OR :

- mouvement neutre (avec aumônerie facultative),

- exerçant son activité dans le Pays d'Auge et à Lisieux.

VIE LIBRE :

- neutre également,
- s'occupant du reste du département.

- Ces deux mouvements sont très actifs.

- Ces deux organismes sont composés de membres actifs et de membres sympathisants.

- Le département est divisé en secteurs

géographiques. Un comité de section est créé dans chacun de ces secteurs. Chaque comité de section possède un responsable, un secrétaire et un trésorier.

- Leur but : "Grouper et aider les anciens buveurs guéris et convaincus".

"Elles représentent un nouveau milieu affectif extra-familial pour l'ancien buveur...

"Provoquer des cures chez les alcooliques, aider les familles de buveurs en traitement et préparer le reclassement professionnel de ceux-ci..."

- Leurs méthodes : Dans une conférence, faite en Juin 1962 à Lisieux, devant les militants de Croix d'Or, le Dr. CHAMPEAU expose quelques-unes des règles appliquées par ceux-ci :

"D'abord, pas de sermon : l'alcoolique se sait et se sent coupable ; inutile de le lui répéter.

"Pas d'appel aux sentiments pour l'amener à l'abstinence.

"Pas d'attitude d'orgueil ni de sévérité.

"Ne pas cacher ou jeter sa boisson contre son gré.

"Ne pas lui imposer d'échéance.

"Ne pas attendre de résultat 100 % dès le premier essai.

"Ne pas faire de paternalisme : il doit être aidé, mais non être pris en charge."

"Au contraire, il faut :

"Penser avec son coeur aux problèmes qui le concernent.

"Savoir "passer la main" à celui qui est le plus susceptible de réussir auprès de lui.

"Se servir de ses propres expériences, mais avec prudence et discrétion.

"Travailler, avec la collaboration de la femme

et de l'entourage, à recréer l'atmosphère normale du foyer, aider à sa promotion.

"Accepter, sans réaction passionnelle et sans porter de jugement, les rechutes qui peuvent se produire, en essayant d'en comprendre le motif profond.

"Conduire l'alcoolique à se recréer un jugement autonome sur les gens et les choses...".

- Leurs résultats : difficiles à chiffrer actuellement, faute d'un recul suffisant. Il est certain, par contre, que de plus en plus d'alcooliques adhèrent de leur plein gré à ces mouvements, séduits qu'ils sont par les heureux résultats qu'ils ont pu constater chez le camarade converti.

- Pour encourageants qu'ils soient, ces résultats pourraient être encore meilleurs si le Comité médico-social réussit à créer deux choses qui lui tiennent à coeur :

1/- Le "Permanent".

"Employé d'une société d'Anciens Buveurs, nous concevons son rôle comme très proche de celui d'un Assistant social spécialisé dans les problèmes de l'alcoolisme, sans pour cela se substituer aux assistantes sociales. Sa qualité d'ancien buveur lui permet une compréhension particulière des problèmes que posent les alcooliques, une audition incomparable auprès des alcooliques non coopérants ; enfin, il représente le meilleur lien entre l'alcoolique et les divers groupes sociaux dont il dépend."

2/- Le Foyer de reclassement.

"Destiné essentiellement aux ISOLES : célibataires ou mariés dont les relations avec le milieu familial sont détruites ou gravement détériorées. Seuls y seront admis des pensionnaires TRAVAILLEURS ou recherchant du travail et aptes à travailler...

"Le foyer devra procurer :

a- L'hébergement.

b- Un nouveau milieu social et affectif : le groupe d'anciens buveurs fréquentant le foyer représente un moyen de rompre l'isolement social de ceux auxquels il s'adresse, mais il représente aussi un milieu amical qui favorise la création des relations affectives nécessaires à leur réadaptation sociale ...

c- Pour les sujets mariés dont le foyer est désuni, il représentera, dans certains cas, le moyen de rétablir progressivement le lien avec le milieu familial.

d- Sur le plan professionnel, fonctionnera une "Bourse du Travail", organisée avec l'appui des organismes d'employeurs et syndicaux. En dehors de ce réseau, les pensionnaires devront chercher du travail eux-mêmes."

= Voici donc, sur le plan médico-social, les réalisations et les projets d'avenir. Il convient d'y ajouter :

3/- L'heureuse initiative prise par les services de la S.N.C.F. qui ont créé depuis quelques années des CONSULTATIONS DE NEUROLOGIE SPECIALE,

. à raison de deux par semaine,

. dont l'objet essentiel est la mise en train et la surveillance de cures ambulatoires, dont on peut juger de l'efficacité d'après cette statistique faite en 1960 :

Résultats :

a- Avec plus de 2 ans de recul :

- excellents ..... 37,7 %
- bons ..... 27,5 %
- assez bons ..... 30,6 %
- échecs ..... 4 %

b- Avec moins de 2 ans de recul :

- excellents ..... 22,8 %
- bons ..... 21,9 %
- assez bons ..... 32,3 %
- échecs ..... 15,2 %

5- LA COMMISSION DES ALCOOLIQUES DANGEREUX.

= Elle siège en vertu de la loi du 15 Avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui.

= Comment fonctionne-t-elle ?

• Le maire ou l'assistante sociale signale à la Commission Médicale l'alcoolique dont le comportement est dangereux pour autrui.

• La conduite qu'adopteront alors les trois médecins de la commission sera variable :

a- Si le résultat de l'enquête est particulièrement défavorable, la commission médicale fait un rapport au Procureur de la République qui, s'il estime lui aussi que l'alcoolique est dangereux, ordonne son placement dans un centre de rééducation pour alcooliques (dont les hôpitaux civils et psychiatriques font actuellement office).

b- Si la commission pense que le maintien en liberté est possible.

Elle tente de persuader l'alcoolique à suivre une cure de désintoxication ambulatoire, tout en l'obligeant à répondre régulièrement aux convocations du Dispensaire d'Hygiène mentale qui est chargé de le suivre. La participation des Associations d'Anciens Buveurs peut être alors très utile.

Si l'alcoolique refuse cette solution, la commission peut alors l'obliger à suivre une cure de

désintoxication à l'hôpital, en faisant agir comme précédemment le Procureur de la République.

. Lorsque l'hospitalisation est imposée, la durée du placement est de six mois minimum, celui-ci prenant fin dès que la guérison paraît obtenue. Toutefois, des sorties d'essai sont prévues avant l'échéance des six mois.

. De toute façon, à la sortie de l'hôpital, l'intéressé demeure pendant un an sous la surveillance du Dispensaire d'Hygiène mentale de la région où il habite.

= Quelle en est l'efficacité ?

. Certaine, dans bien des cas, surtout lorsque l'alcoolique accepte la cure ambulatoire. C'est à cette occasion, en particulier, que l'action des Anciens Buveurs devrait être particulièrement nuancée... Elle ne l'est pas toujours.

Pour certains de ceux qui ont passé un long séjour à l'hôpital, pas toujours très agréable, il faut le dire, la crainte d'y revenir les fait "tenir".

. Nulle, parfois même nuisible, quelquefois.

6- Enfin, dernier élément de cette lutte :

LE COMITE D'ETUDES ET D'INFORMATION SUR L'ALCOOLISME

que le Département doit créer dans un proche avenir.

Constitué par le préfet, il siégera à la Préfecture et travaillera en relation avec le Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'alcoolisme.

C O N C L U S I O N S

= Nous avons voulu montrer, chiffres en main, les méfaits de l'alcoolisme dans le département du CALVADOS.

= Les médecins, les psychiatres, les magistrats constatent que ce fléau atteint, aujourd'hui, des proportions jamais égalées.

= La longue fréquentation de plus de 25.000 dossiers ou observations nous a permis de dégager un "portrait" de l'alcoolique et de son comportement :

. Manoeuvre ou ouvrier agricole, âgé de 35 à 45 ans, fils d'alcooliques, d'intelligence médiocre, vivant en concubinage, père de nombreux enfants dont les uns deviennent des délinquants, les autres des arriérés mentaux.

L'alcool le conduit souvent à l'hôpital dont il encombre les services, et le prédispose particulièrement aux troubles mentaux, à la tuberculose, à l'épilepsie.

L'émoussement du sens moral fait de lui un incestueux ; l'ivresse en fait un meurtrier, un voleur, un violeur, un danger sur les routes.

Il meurt jeune, entre 50 et 60 ans, le plus souvent de cirrhose, en laissant une veuve qui se remariera avec un alcoolique, et des enfants dont l'éducation sera confiée au Département.

= Cependant, grâce aux efforts déployés, cette situation catastrophique est en voie d'amélioration.

. En effet, très progressivement, l'alcoolique en arrive à demander lui-même la cure de désintoxication qui bientôt, espérons-le, sera pratiquée dans des services spécialisés où le traitement et la réadaptation sociale pourront se faire dans les meilleures conditions. Il faut insister sur le fait que, actuellement, cette réadaptation est grandement facilitée par les Associations d'Anciens Buveurs, dont la tâche sera très prochainement allégée par la création d'un "permanent" et d'un foyer pour alcooliques isolés.

. Sur le plan économique et rural, les plus grands espoirs sont aussi permis.

Le verger cidricole du département est en bonne voie de reconversion, grâce à la coopération intelligente et réfléchie des exploitants qui entrevoient avec satisfaction de nouvelles manières d'utilisation de ces pommes dont ils sont les premiers à reconnaître qu'elles leur offrent plus de désagréments que d'avantages.

Un point noir à ce tableau réconfortant : l'alcoolisme vinique remplace peu à peu l'alcoolisme à base de cidre et d'eau-de-vie.

= Nous conclurons sur une note optimiste : certes, l'alcoolisme départemental n'a jamais été aussi florissant que maintenant, mais les moyens de lutte déployés contre lui n'ont jamais été aussi puissants et intelligemment menés.

Nous souhaitons être dans le vrai en disant que le CALVADOS vient de vivre sa période la plus sombre et que l'avenir se présente sous un jour très favorable.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen
de la Faculté de Médecine,

L. BINET

Le Président
de la thèse,

L. MICHAUX

B I B L I O G R A P H I E

THESES

SCHODET (Roger) - Contribution à l'étude de l'alcoolisation dans le département du Nord.- Lille, 1958.

MAUNOURY (Pierre) - Etude de l'alcoolisme dans la Sarthe. Géographie et manifestations mentales. Paris, 1955.

REVUES - RAPPORTS

"SYNTHESES CLINIQUES" - L'Alcoolisme, par P. PERRIN (1961).

ALCOOL OU SANTE 1961 - Revue du Comité National de Défense contre l'Alcoolisme.

REVUE DE L'ALCOOLISME 1961 -

"Pour réduire la mortalité sur nos routes", par P. PERRIN.- Colloque annuel du Groupement Médical d'Etudes sur l'Alcoolisme, Octobre 1960.

"Possibilités présentes de reconversion du verger à cidre du Calvados", par le Dr. H. COULEON (Alcool ou Santé 1961, N° 50-51).

"Accès aigus et subaigus de l'alcoolisme chronique et Avitaminose B", par H. et M. COULEON (Gazette des Hôpitaux, 5-8 Février 1941).

"Alcoolisme et Tuberculose". Etude sur 70 hommes hospitalisés pour Tuberculose pulmonaire. Par le Pr. LEMENAGER (Cahiers du Collège de Médecine 1960, N° 10).

"A propos d'une diminution apparente des délires alcooliques", par le Pr. MORICE (Caen). Compte rendu d'une réunion mensuelle de la Croix d'Or, Juin 1962.

Table des Matières

INTRODUCTION 19

PREMIERE PARTIE : APERCU STATISTIQUE DE L'ALCOOLISME DANS LE CALVADOS. 21

AVANT-PROPOS 21

A)- ALCOOLISME AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE CAEN 23

I- Alcoolisme masculin. 25

a)- Pourcentage d'alcooliques par rapport au nombre total d'hospitalisés. ... 25

b)- Caractères de l'alcoolisme observé.. 25

- Le "malade imprégné" 25
- Alcoolisme aigu 31
- Alcoolisme chronique 31
  - Digestif 31
  - Nerveux 34

c)- Profession de l'alcoolique 36

d)- Durée moyenne d'hospitalisation 37

e)- Essai de répartition géographique de l'alcoolisme masculin dans le Calvados 37

2- Alcoolisme féminin 41

a)- Pourcentage d'alcooliques par rapport au nombre total d'hospitalisées 41

b)- Caractères de l'alcoolisme observé .. 41

- La "malade imprégnée" 41
- Alcoolisme aigu 43
- Alcoolisme chronique 44
  - Digestif 44
  - Nerveux 45

3- Conclusions générales 48

B)- ALCOOLISME A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU BON SAUVEUR DE CAEN 51

Généralités 51

Part prise par l'alcoolisme psychiatrique sur une période de 24 ans 51

a- Chez l'homme 51
b- Chez la femme 52

Analyse de la population alcoolique psychiatrique 53

- Delirium tremens 53
- Alcoolisme chronique 54
- Démence alcoolique 54

Mortalité par delirium tremens 54

Conduite de la cure de désintoxication.. 55

Traitement des états de pré-delirium et delirium à l'hôpital psychiatrique ... 56

Répercussion de l'alcoolisme des parents sur le niveau psychique des enfants .. 57

Conclusions générales 58

C)- ALCOOLISME SUR LE PLAN JUDICIAIRE 59

I- ALCOOLISME & CRIMINALITE A LA COUR D'ASSISES DU CALVADOS 59

II- ALCOOLISME ET DELITS 64

a)- Alcoolisme et délinquance proprement dite 66

b)- Alcoolisme et accidents de la route 70

III- ALCOOLISME ET ADOLESCENCE EN DANGER OU COUPABLE 73

a)- Demande de Correction paternelle et Surveillance éducative 73

b)- Tutelle aux Allocations Familiales 75

DEUXIEME PARTIE : LUTTE ANTI-ALCOOLIQUE DANS LE CALVADOS 77

GENERALITES 77

COMITE DEPARTEMENTAL DE DEFENSE CONTRE L'ALCOOLISME..... 77

Organisation 78

Etude de l'activité des Commissions 78

1- Commission d'Information et de Propagande générale 78

2- Commission chargée de l'action auprès des jeunes 79

3- Commission chargée de l'action économique et rurale 80

- Ce qui est fait 80
- Ce qui devrait se faire dans un proche avenir 83
- Ce qui n'a pas encore trouvé de solution 84

4- Commission chargée de l'action médico-sociale 85

- Ses réalisations 86
- Ses projets 86

DISPENSAIRES D'HYGIENE MENTALE 87

ASSOCIATIONS D'ANCIENS BUVEURS 87

CONSULTATIONS S.N.C.F. DE NEUROLOGIE SPECIALE 90

COMMISSION DES ALCOOLIQUES DANGEREUX 91

CONCLUSIONS 93

BIBLIOGRAPHIE 95

TABLE DES MATIERES 97